



ÉS ^A SZÍV
ÉRRENDSZERI
BETEGSÉGEK
MEGELŐZÉSÉNEK
ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK
NEMZETI
PROGRAMJA

2006. MÁRCIUS



„...minden halállal én leszek kevesebb,
... ezért hát sose kérdezd, kiért szól a harang: érted szól.”

Ernest Hemingway





Tartalom

1. A szív és érrendszeri betegségek és veszélyeik	7
2. A szív és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata, előfordulása és halálozási gyakorisága Magyarországon	9
2.1 Szív és érrendszeri kockázati tényezők	16
Magasvérnyomás-betegség (hypertonia)	16
Cukorbetegség (diabetes mellitus)	17
Zsíryanycsere-zavar (lipidanyagcsere-zavar)	17
Elhízás (obesitas)	17
Kissúlyú újszülött	18
2.2 Életmóddal befolyásolható szív és érrendszeri kockázati tényezők	19
Dohányzás.	19
Alkoholizmus	21
Kábítószer-fogyasztás	22
Egészségtelen táplálkozás	23
Mozgásszegény életmód.	24
2.3 Egyéb szív és érrendszeri kockázati tényezők	24
Az egészségügyi ellátás jelenlegi helyzetéből származó kockázat	24
2.4 Szív és érrendszeri betegségek	25
Koszorúér-betegség, szívelégtelenség.	25
Agyérbetegség (stroke)	27
Perifériás érbetegség	29
Vesebetegség	29
2.5 A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a szív és érrendszeri kockázatokban és betegségekben	30
A viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás veszélyeztető szerepe	31
A krónikus stressz, valamint a szív és érrendszeri betegségek kockázata	31
A nem hagyományos kockázati tényezők szerepe a szív és érrendszeri betegségek vonatkozásában	32

3.	A szív és érrendszeri betegségek kialakulását megelőző, azokat befolyásoló gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei	33
3.1	A népegészségügyi ellátórendszer	33
3.2	Az egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon	34
3.3	Az egészségügy fejlesztésének stratégiai célkitűzései	35
3.4	Egészségügy és versenyképesség	37
4.	Külföldi példák és tapasztalatok a szív és érrendszeri betegségek okozta társadalmi teher csökkentésére	39
4.1	Megfigyeléses vizsgálatok	39
	Framingham-vizsgálat (Framingham Study)	39
	Hét ország vizsgálat (Seven Countries Study)	40
	A MONICA Projekt	41
4.2	Közösségi vizsgálatok a koszorúér-betegségek kockázati tényezőinek csökkentésére	41
	Stanford Három Közösség Vizsgálat (Stanford Three Community Study)	41
	Stanford Öt Város Projekt (Stanford Five City Project, FCP)	41
	Észak-Karélia Projekt (North Karelia Project)	42
	Minnesota Egészséges Szív Program (Minnesota Heart Health Program)	43
4.3	Véletlen besorolású, ellenőrzött vizsgálatok a koszorúér-betegségek legfontosabb kockázati tényezőinek egyidejű csökkentésére	43
	Egészségügyi Világszervezet Gyárvizsgálat (WHO Factory Study)	43
	Göteborg vizsgálat (Göteborg / Gothenburg study)	44
	Oslo vizsgálat (Oslo Study)	44
	Több kockázati tényezőre irányuló intervenció vizsgálat (Multiple Risk Factor Intervention Trial, MRFIT)	45
	Finn üzletemberek vizsgálat (Finnish Businessmen Study)	45
	Oxcheck vizsgálat (Oxcheck Study)	45
	Összefoglaló értékelés	46
5.	A Nemzeti Program leírása	47
5.1	A Nemzeti Program koncepciója	48
5.2	Szakmai meghatározások és együttműködések a Nemzeti Programban	54
5.2.1	Szívbetegség	55
5.2.2	Agyérbetegség	55
5.2.3	Perifériás érbetegség	55
5.2.4	Vesebetegség	55
5.2.5	Magasvérnyomás-betegség	55
5.2.6	Cukorbetegség	55
5.2.7	Elhízás-betegség	56
5.2.8	Zsírányagcsere-zavar	56
5.2.9	Táplálkozás	56

5.2.10 Mozgás, sportolás	56
5.2.11 Háziorvosi ellátás	56
5.2.12 Sürgősségi betegellátás	57
5.2.13 Terhesgondozás (perinatális preventív szülészet)	57
5.2.14 Egészségfejlesztés és epidemiológia	57
5.2.15 Tervezett együttműködések és kapcsolódási pontok	57
5.3 Célok és feladatok	59
I. cél: A szív és érrendszeri betegségek kialakulását elősegítő (kockázati) tényezők előfordulásának visszaszorítása az egészségmegőrző programok és az elsődleges megelőzés hatékonyságának és társadalmi támogatottságának növelésével	59
II. cél: A teljes lakosság figyelmének felhívása, oktatása a szív és érrendszeri kockázat önértékelésének elvégzésére, a szűrő- vizsgálatokon való aktív részvételre, az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, valamint a korai betegség felismerés és az eredményesebb gyógyítás érdekében	60
III. cél: A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének, korai felismerésének és gyógyításának minőségi javítása az Érrendszeri Központok egységes Hálózatának kialakítása révén.	61
IV. cél: A szív és érrendszeri betegségek megelőzésével, korai felismerésével, gyógyításával és rehabilitációjával kapcsolatos szakmai tevékenységek minőségének javítása, ennek érdekében az egységes szempontokon alapuló monitorozási, értékelési és ellenőrzési rendszerek kialakítása, illetve fejlesztése	62
V. cél: Annak érdekében, hogy megállapítható legyen a magyarországi szív és érrendszeri kockázatok mértéke, valamint az elérni kívánt hazai célértékek, fel kell mérni a lakosság szív és érrendszeri egészségi állapotát	63
VI. cél: A hatékonyabb, esélyegyenlőséget biztosító stratégiai tervezés és betegellátás érdekében strukturális változtatásokat kell végrehajtani a szív és érrendszeri betegségek ellátásában	64
VII. cél: A szív- és érrendszeri megbetegedések minél korábbi felismerése és a kezelés hatékonyságának javítása céljából a korszerű diagnosztika és gyógyítás feltételeinek fejlesztése	65
VIII. cél: A szív és érrendszeri betegek komplex ellátásának javítása érdekében a betegellátásban részt vevő szakemberek európai szintű képzése	66
IX. cél: A betegek társadalomba és családba való visszailleszkedésének elősegítése érdekében ki kell alakítani a szív és érrendszeri betegek komplex rehabilitációs rendszerét	67
X. cél: A Nemzeti Program társadalmasítása és megvalósításának segítése érdekében Programtanácsot kell létrehozni	68

Mellékletek	69
1. melléklet:	
Az Európai Unió Egészségügyi Tanácsának állásfoglalása a szív és érrendszeri betegségekkel kapcsolatban	69
2. melléklet:	
Az Európai Parlament állásfoglalása a stroke ellátással kapcsolatban (2003) és a Mannheimi Nyilatkozat (2004)	71
3. melléklet:	
II. Magyar Terápiás Konszenzus Konferencia ajánlása (2005)	72
Forrásmunkák.	76

1. A szív és érrendszeri betegségek és veszélyeik

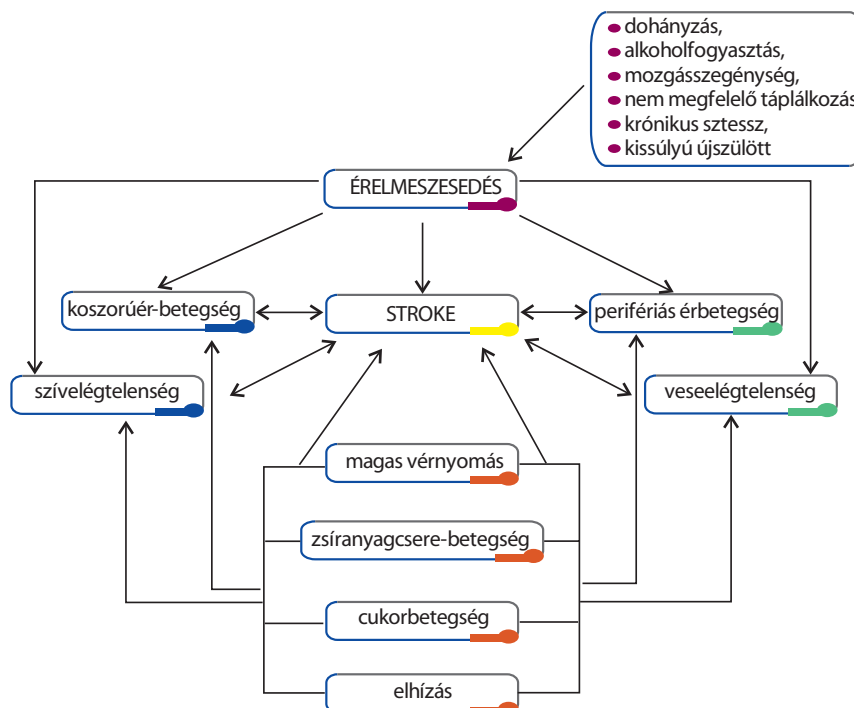
A szív és érrendszeri betegségek túlnyomó többségét az érrendszer belhártyájának károsodása, az ezt követő zsírlerekódás és érelmeszesedés okozza. Attól függően, hogy melyik ér károsodik, koszorúér-károsodás esetén beszélhetünk koszorúér-betegségről és ezzel összefüggésben a károsodott vagy elégtelenül működő szívről. Az agyat ellátó erek (beleértve a nyaki verőereket is) károsodása az agy átmeneti vagy tartós működési zavarát okozhatja. A szív és az agy érrendszerének sérülése a következményesen kialakuló szívizom-, illetve agyszövet-károsodások kiterjedtsége, illetve súlyossága miatt gyakran halálos (szívinfarktus, stroke). Perifériás verőérbetegség esetén a végtagok (kar, láb), a hasi szerveket ellátó erek és a fő verőér (aorta) károsodik. A veséhez vezető és a vesében lévő verőerek, valamint a szűrő érgomolyag károsodása krónikus vesebetegséghez, végül veseelégtelenséghez vezet.

A különböző szervek érrendszerének károsodását számos kockázati tényező befolyásolja, illetve idézheti elő. A magas vérnyomás főleg a koszorúereket és az agyi ereket károsítja. A zsíryanycsere-zavar elsősorban a koszorúerek elváltozásához vezet. A cukorbetegség elsősorban a szív és a végtagok vérellátását biztosító ereket károsítja, de a szemben és a vesében is súlyos elváltozásokat okoz. Az elhízás a veseerekre és a koszorúerekre, vagyis a szívre jelent nagy veszélyt. A dohányzás a teljes érrendszert károsítja. Fontos hangsúlyozni, hogy az érelmeszesedés az egész érrendszer kóros elváltozása. Az egyes szervek vérkeringési zavara következtében fellépő betegségek esetén nagy a valószínűsége annak, hogy más szervek vérellátását biztosító erek is már érintettek, tünetek nélkül.

Az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás jelentős mértékben ellensúlyozhatja a kockázati tényezők károsító hatását a nem megfelelő minőségű táplálkozás és a mozgásszegény életmód viszont elősegíti az érelmeszesedés kialakulását és súlyosbodását.

A terhes anyát érő, sőt már a fogamzáskorú nő szív és érrendszeri károsodása is jelentős befolyással van a magzatra és az újszülöttre, ezzel a jövő generáció egészségére. A kockázat növekedésével (dohányzás, elhízás, szív és érrendszeri betegségek) megnő az esélye a normálisnál kisebb súlyú újszülött születésére. A kisműlyű újszülöttek sokkal gyakrabban lesznek elhízott, cukorbeteg és magasvérnyomás-betegségben szenvedő fiatal felnőttek, mint a normális súllyal

1. A szív és érrendszeri betegségek és veszélyeik



1. ÁBRA

A szív és érrendszeri kockázatok és betegségek vázlatos összefüggése

születettek. A környezeti hatások okozta tartós ideg feszültség, a krónikus stressz (az egyén szociális és gazdasági helyzete, a családi állapot, a munkahelyi körülmények) ugyanolyan kockázatot jelentenek és kiváltó okai az érkárosodásnak és a bekövetkező szív és érrendszeri betegségeknek, mint akár az elhízás, akár a dohányzás.

A szív és érrendszeri kockázatok és betegségek vázlatos összefüggését az 1. ábra mutatja.

A magyar népesség egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint azt az ország gazdaság-társadalmi fejlettsége indokolná. Kirívó egyenlőtlenségek tapasztalhatók az egészségi állapotban a női és a férfi nem között, de az életkor, az iskolázottság, az anyagi helyzet és a földrajzi elhelyezkedés szerint is. Sajnos még nem jellemző Magyarországon az egészségtudatos magatartás, az egészséges táplálkozás és a mozgásban gazdag életmód. Az egészségre ártalmas életmód elterjedtsége a népesség jelentős részét érinti.

A lakosság rossz egészségi állapotáért döntően a szív és érrendszeri, valamint a rosszindulatú daganatos betegségek felelősek. A szív és érrendszeri betegségek következményei, így az általuk okozott halálozás kiemelkedően nagy egészségterhet jelentenek az egyénnek és családjának, valamint az egész társadalomnak is. Kialakulásuk számos okra vezethető vissza és a betegséget jelentő

1. A szív és érrendszeri betegségek és veszélyeik

kockázat csökkentése, a már kialakult betegség korai felismerése, a beteg gyógyítása és rehabilitálása egy komplex, részben az egészségügyön is túlmutató, hosszú távra szóló, de már középtávon is eredményeket felmutató, összetett intézkedésrendszert követel. A megoldás csak a egészségügy egésze, az orvosok és a szakdolgozók, az állam központi, területi és helyi szervei, a települési önkormányzatok és a lakosság, a civil szféra széleskörű összefogásával oldható meg.

A 25 Európai Unió tagország közül Magyarország természetes népességfogyásának hátterében a kimagaslóan rossz halandóság áll, az alacsony és csökkenő születési szám mellett. Az elmúlt két évtizedben a magyarországi lakosság száma 5%-kal csökkent. A standardizált halálozási mutató 2003-ban 40%-kal volt magasabb az Európai Unió átlagánál.

Bár a népesség kor szerinti összetétele sok szempontból már hasonló az Unióéhoz, de például annak ellenére, hogy a 65 év feletti idős népesség részaránya Magyarországon 15,4%-kal nőtt, még nem érte el az Unió átlagát. Az élveszületések száma csökkent, a születéskor várható átlagos élettartam 2003-ban 72,6 év volt (férfi 68,4, nő 76,8). Egészséges élet évekből a férfiak 5,3, a nők 3,6 évvel kevesebbet remélhetnek az Európai Unió átlagnál (egészséges életévek száma férfiaknál 61,5 év, nőknél 68,2 év volt).

Tekintettel a szív és érrendszeri betegségek okozta, hazánkban különösen súlyos társadalmi és gazdasági terhekre, a megoldandó feladatokat keretbe foglaló, az egészségneveléstől a megelőzésen és a korai felismerésen keresztül, a gyógyítás és rehabilitáció feladatait is felvállaló, integrált program szükséges, melynek létrehozását a *Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége* kezdeményezte az érintett szakmai-tudományos tagtársaságaival közösen.

Az egészséges társadalom létrehozásának érdekében, a szív és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésére, eredményes megelőzésükre, minél korábbi felismerésükre és hatékony gyógyításukra, valamint a szív és érrendszeri betegségben szenvedők sikeres rehabilitációja érdekében készült az alábbi hosszú távú stratégiai keretprogram „A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA” címmel.

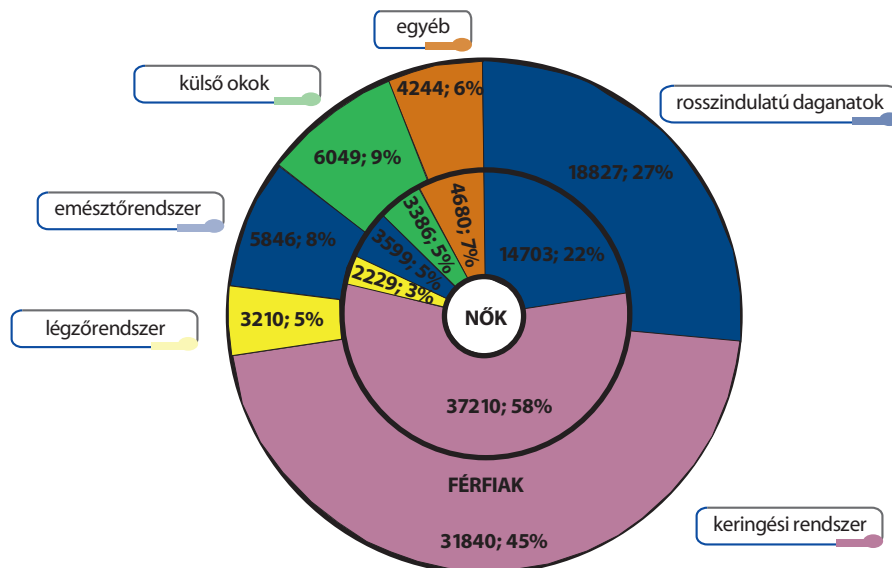
A Nemzeti Program az Európai Unió Egészségügyi Tanácsának és az Európa Parlament meghirdetett elveivel (*lásd az 1. és 2. mellékletet*) teljes összhangban kiterjed az egészségügyi felvilágosító, egészségfejlesztő, megelőző, gyógyító és rehabilitációs és gondozási feladatokra és szorosan kapcsolódik más, már működő, illetve meghirdetett, valamint jelenleg kidolgozás alatt álló egészség-megőrzési, egészségfejlesztési, népegészségügyi és gyógyítási programokhoz.



A SZÍV
ÉS ÉRRENDSZERI
BETEGSÉGEK
MEGELŐZÉSÉNEK
ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK
NEMZETI
PROGRAMJA

2. A szív és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata, előfordulása és halálozási gyakorisága Magyarországon

A szív és érrendszeri megbetegedések és az általuk okozott halálozás kockázati tényezői a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsírsav-anyagcsere-betegség, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás, és a mozgásszegény életmód. A szív és érrendszeri betegségek a szívben (koszorúér-betegség, szívinfarktus, szívelégtelenség), az agyban (átmeneti agyi keringési zavar, szélütés, stroke), a perifériás érrendszerben (érszűkületek) és a vesében (krónikus vesebetegség, veseelégtelenség) okoznak elsősorban károsodást.



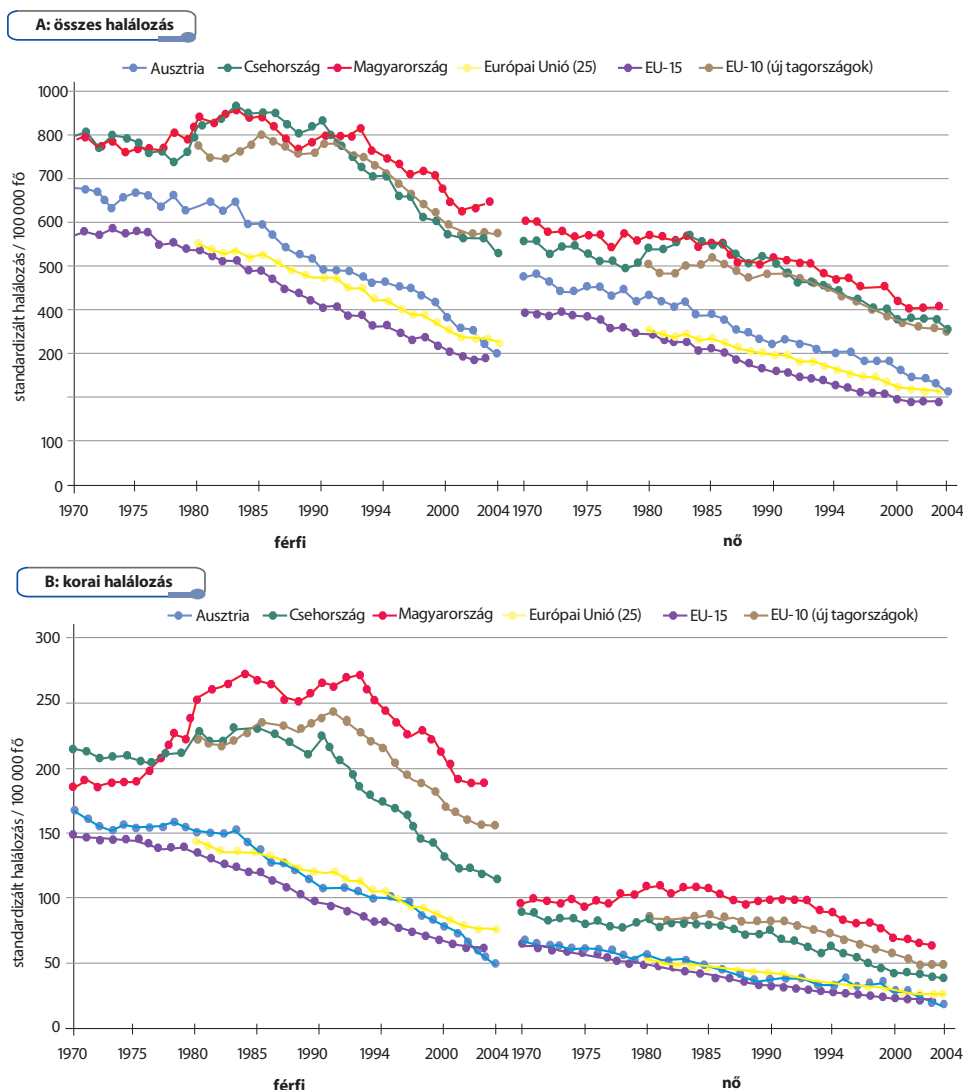
2. ÁBRA

A halálokok megoszlása betegség főcsoportok szerint Magyarországon 2003-ban

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

A betegségcsoportok szerinti halálokokat vizsgálva, Magyarországon a keringési rendszer betegségei állnak az első helyen az összes halálozás több mint felét okozva (2. ábra).

A szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás tekintetében a 25 Európai Unió (EU) tagállam közül Magyarország az 5. helyen volt, nálunk a szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás az EU-átlag közel duplája. Az EU-ban a



3. ÁBRA

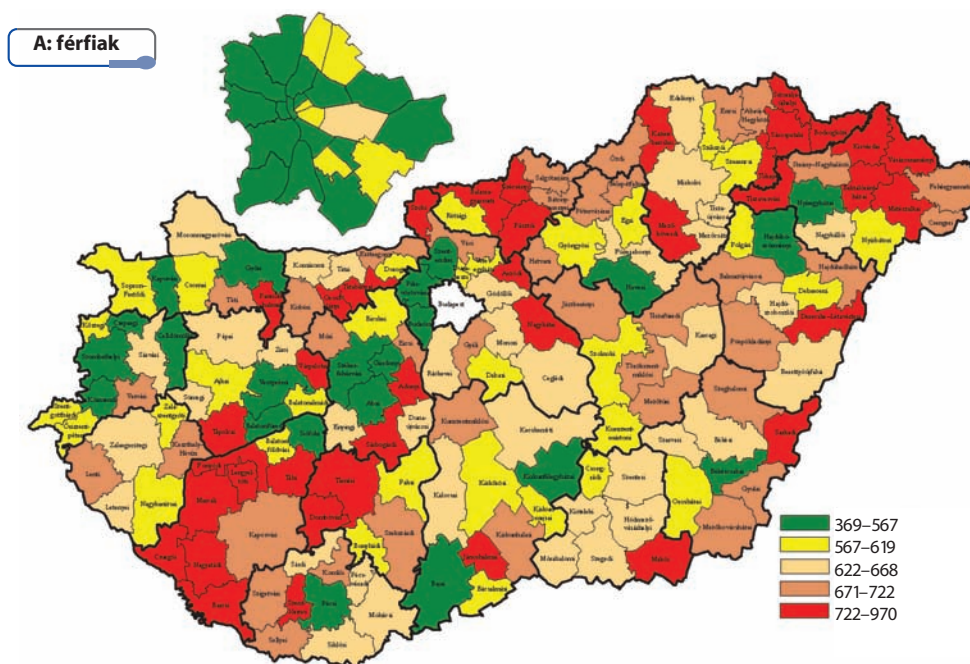
A nők és a férfiak összes (A) és korai (B) halálozási gyakoriságának összehasonlítása az Európai Unió országokkal (1970–2004 között)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

balti országokat követően Magyarországon a legnagyobb a koszorúér-betegség és az agyérbetegség miatti halálozás. A keringési rendszer betegségei okozta halálozás szintje már több mint két évtizede tartósan és jelentősen meghaladja az Európai Unió átlagát és meghaladja az Európai Unióban korábban regisztrált mindenkor legmagasabb értéket is. Már 1970-ben az EU átlagánál 46%-kal magasabb volt a magyarországi szív- és érrendszeri halálozás, és ez a többlet 1993-ra 109%-ra nőtt.

Bár az ezekhez az átlagokhoz való viszonyítás is lesújtó képet ad a hazai halálozási viszonyokról, de még megdöbbentőbb néhány konkrét, számunkra jól ismert országgal történő összehasonlítás.

A korábbi EU-tagországok közül nálunk gyakran példának tartott Ausztriával és az Európai Unióhoz újonnan csatlakozott Csehországgal való összehasonlítást mutatja a keringési betegségek szempontjából a 3. ábra. Mind a két országnál, de az Európai Unió átlagaival (2004. előtti EU-15 országok, 2004. utáni



4A ÁBRA

A keringési rendszer betegségei miatti halálozás. A férfiak keringési betegségének standardizált halálozási megoszlása 100 000 lakosra kistérségenként Magyarországon, 2004 (Forrás: KSH, OEK)

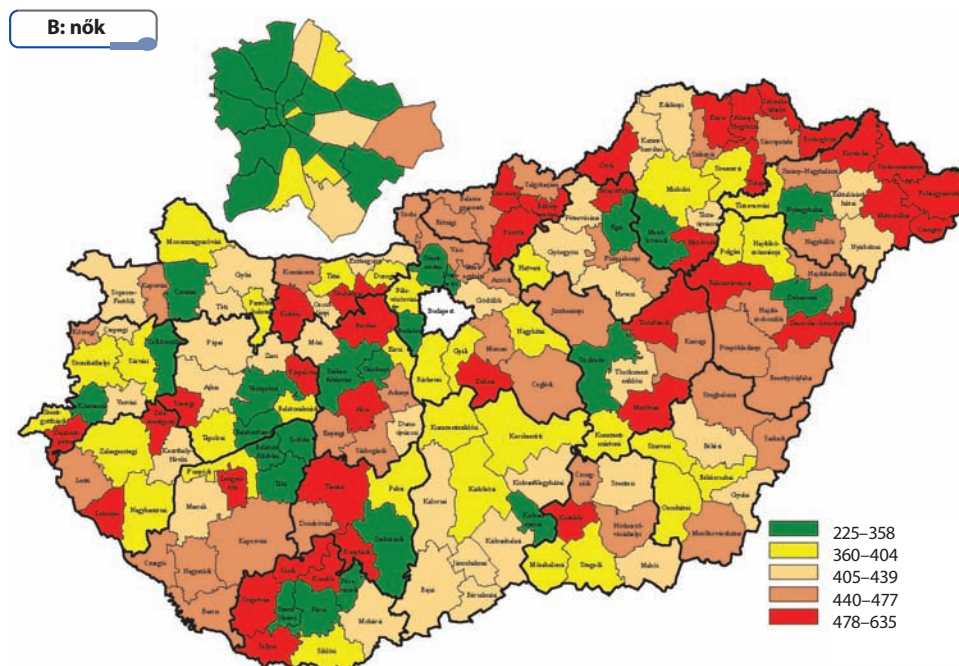
2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

EU-25 összes ország, valamint új EU-10 országok) is összevetve, Magyarországon a legmagasabb a szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás mind a férfiak, mind pedig a nők esetében. Társadalmi és gazdasági jelentősége miatt felhívjuk a figyelmet arra, hogy ez a különbség különösen kifejezett a férfiak korai halálozásában.

Bár 1990-től csökken a halálozás, azonban az országok közötti különbségek megmaradtak. Sajnos, megmaradtak az országon belüli jelentős területi eltérések is, amint azt a magyarországi kistérségenként bontott, színekódolt 4. ábra is mutatja. A területi eltérések a teljes és a korai halálozás (64 éves korig) vonatkozásában hasonlóak.

A szív és érrendszeri betegségek nem csupán halálozást, hanem a megbetegedési gyakoriságot tekintve is a vezető helyen állnak, a kórházi és a járóbeteg-szakellátásban, országosan és minden régióban egyaránt. A keringési rendszer betegségei miatt 2000-ben, 2002-ben és 2004-ben Magyarországon 100 000 lakosra számolva 900-600 beteggel kezelték többet Csehországgal és Ausztriával összehasonlítva (5. ábra).

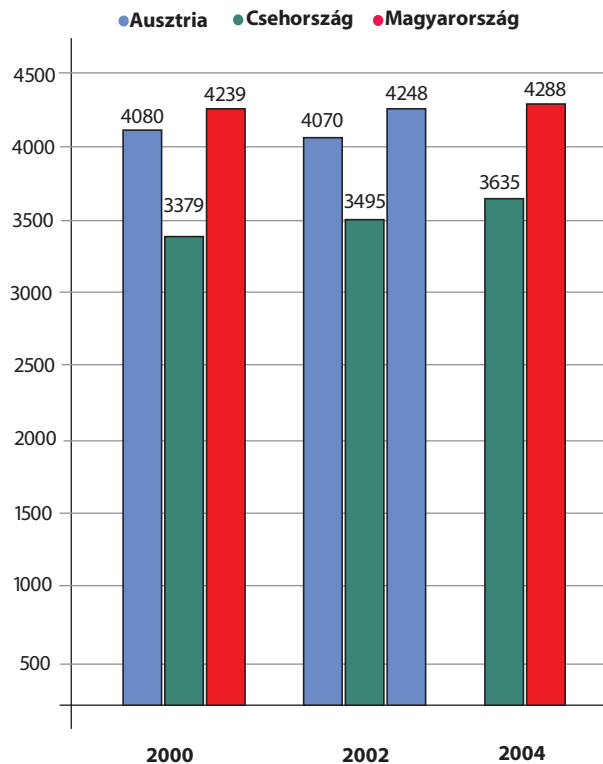
A négy leggyakoribb halálokok – köztük a vezető helyen álló keringési betegségek – miatti elveszített életévek száma a 6. ábrán látható. Mindezek kö-



4B ÁBRA

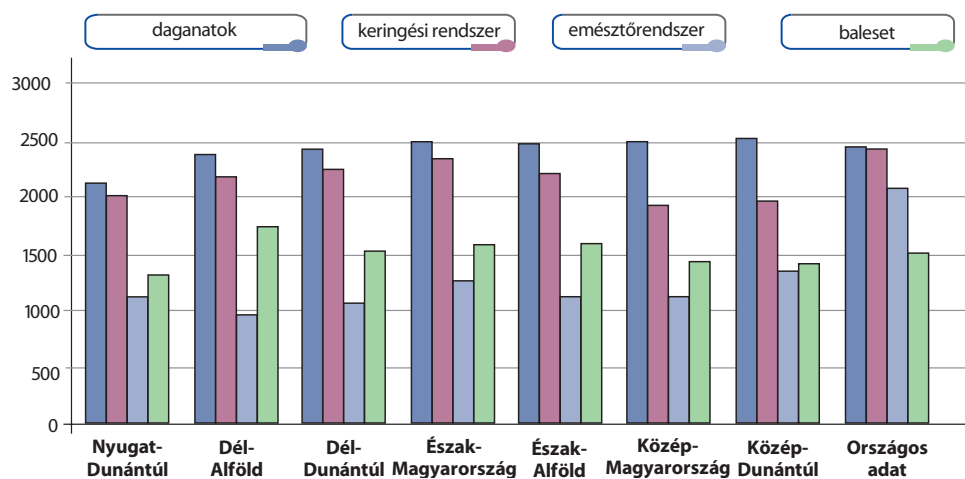
A keringési rendszer betegségei miatti halálozás. A nők keringési betegségének standardizált halálozási megoszlása 100 000 lakosra kistérségenként Magyarországon, 2004 (Forrás: KSH, OEK)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság



5. ÁBRA

Szív- és érrendszeri megbetegedési gyakoriság 100000 lakosra számítva 2000-ben, 2002-ben és 2004-ben (Forrás: WHO, 2006)

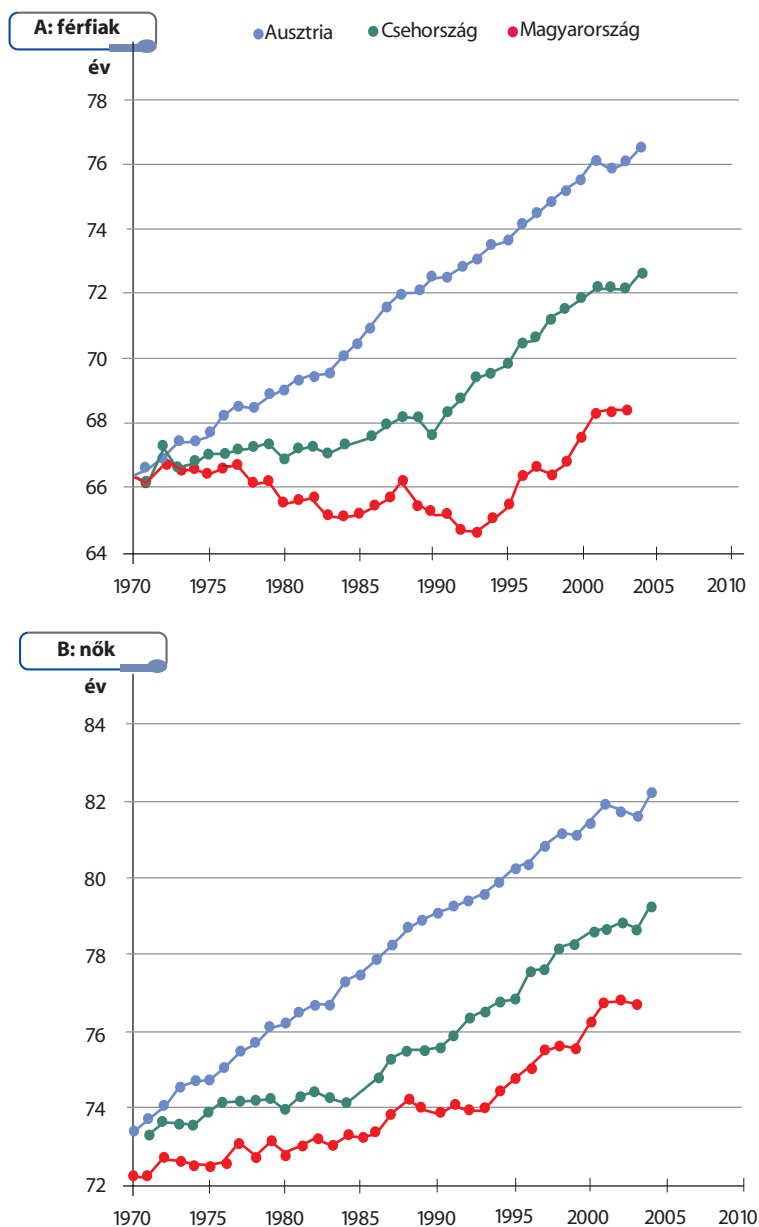


6. ÁBRA

A négy leggyakoribb halál oka miatt elvesztett életek 100 000 lakosra számítva

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

vetkeztében a férfiak és nők születéskor várható élettartama Magyarországon ma már jelentősen kevesebb mint 1970-ben volt, összehasonlítva Ausztriával és Csehországgal (7. ábra).



7. ÁBRA

A férfiak (A) és nők (B) születéskor várható élettartama években Magyarországon, összehasonlítva Ausztriával és Csehországgal (Forrás: WHO, 2006)

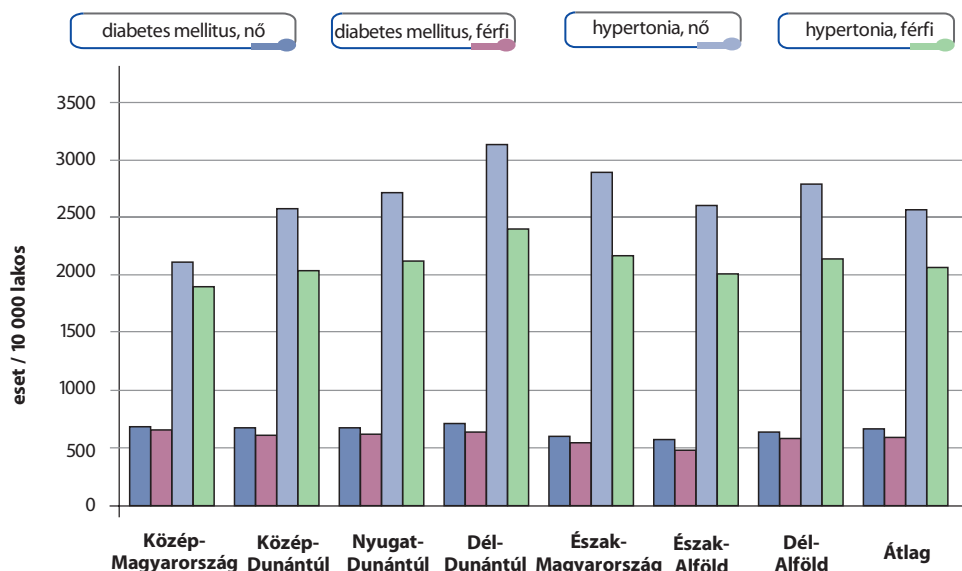
2.1 Szív és érrendszeri kockázati tényezők

Magasvérnyomás-betegség (hypertonia)

A szív és érrendszeri betegségek egyik leggyakoribb kockázati tényezője a magasvérnyomás-betegség. A koszorúér-betegségek hátterében 58%-ban, az agyi érbetegségek hátterében 72%-ban igazolható magasvérnyomás-betegség.

Az elmúlt két évtized epidemiológiai vizsgálatai alapján ismertté vált, hogy bár a szív és érrendszeri megbetegedések klinikai megjelenése döntően a felnőttkorra tehető, mégis a koszorúér-betegség és a magasvérnyomás-betegség gyakran már a serdülőkorban kezdődik.

Magyarországon több mint 2 millió felnőtt embernek van magas vérnyomása. A háziorvosoknál bejelentkezett betegek között 2003-ban 777 812 férfi és 1 102 419 nő volt hypertóniás. A 10 000 lakosra jutó magas vérnyomásban szenvedők száma régióként különbözik, az előfordulás Dél-Dunántúlon a legmagasabb férfiaknál és nőknél egyaránt (8. ábra). Sajnos, a serdülők 11%-ának sem normális a vérnyomása.



8. ÁBRA

A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett magas vérnyomásban, illetve cukorbetegségben szenvedő felnőttek száma 10 000 lakosra számítva 2003-ban Magyarországon (Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2004. KSH, Budapest, 2005.)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

A magasvérnyomás-betegség megfelelő kezelésével a szív és érrendszeri halálozás 21%-kal csökkenthető. A célértéket elérő (140/90 Hgmm alatti) vérnyomás-beállítás 45%-kal csökkenti az agyi érbetegség (stroke), 24%-kal a szív-izomelhalás (szívinfarktus) okozta halálozást és 34%-kal a szívelégtelenség miatti kórházi kezelés szükségességének valószínűségét.

Cukorbetegség (diabetes mellitus)

Az Európai Unióban a 2-es típusú cukorbetegség száma 25 millióra tehető, ami a 20 éven felüli lakosság 7,5%-a. Az újonnan csatlakozott 10 országban ez az átlag 9% körüli. Magyarországon a cukorbetegség száma napjainkban 740 000-ra becsülhető. A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett felnőttek között 501 643 cukorbeteg volt, ami a felnőtt népesség 6%-át jelentette. A lakossági egészségfelmérés (OLEF 2003) adatai alapján minden 13. felnőtt nő és minden 16. felnőtt férfi esetében fordult elő cukorbetegség.

A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett cukorbetegség magyarországi regionális eloszlása a 8. ábrán látható. Az idős férfiak között 2000–2003 között 20%-ra nőtt a cukorbetegség gyakorisága, amely elsősorban a 2-es típust jelenti, sok esetben előrehaladt érelmeszesedéssel és magasvérnyomás-betegséggel kísérvé.

Zsírányagcsere-zavar (lipidanyagcsere-zavar)

A magyarországi felnőtt lakosság kétharmadának kórosan emelkedett a koleszterin- és közel 20%-ának a trigliceridszintje. A koleszterin és a triglicerid szérumszintjeinek emelkedése jelentős szerepet játszik a szív és érrendszeri betegségek kialakulásában és e betegségek okozta halálozásban az érelmeszesedésben játszott szerepe miatt. Ugyanakkor ma már azt is tudjuk, hogy koleszterinszint csökkentése mind az elsődleges, mind a másodlagos megelőzés révén nagymértékben csökkenti a teljes és a szív és érrendszeri halálozást is.

Elhízás (obesitas)

Az EU országokban a férfiak 10–27%-a, a nők több mint 38%-a elhízott, és az elhízott gyermekek aránya is eléri a 20%-ot. A felnőtt magyar nők és férfiak több mint 40%-a túlsúlyos [testtömeg index (BMI) = 25–29,9 kg/m²], és további 20%-uk elhízott (BMI nagyobb mint 30 kg/m²). Az életkor előre haladtával az elhízás gyakorisága nő, és alapvető szerepet játszik a keringési betegségek és a cukorbetegség kialakulásában. Az elhízás nem csak a testsúly kóros növekedését je-

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

lenti, hanem a zsírszövet kórosan megváltozott működését is, ezért már kismértékű testsúly többlet is hozzájárulhat a szív és érrendszer károsodásához.

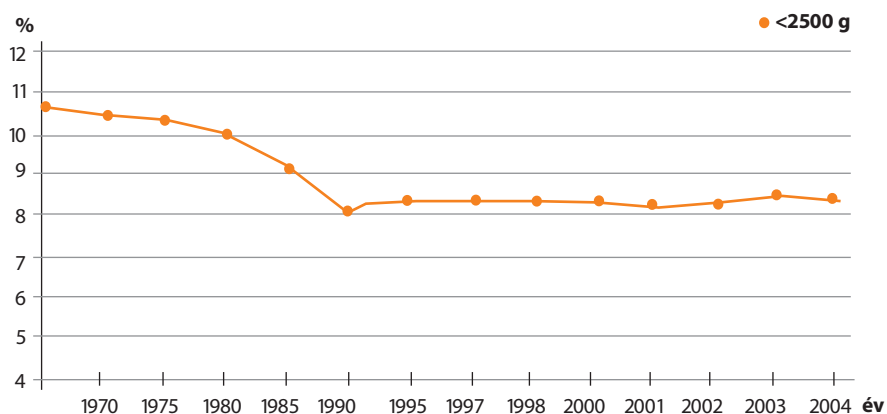
A halálozás szempontjából már veszélyes mértékű hasi típusú elhízás (a haskörfogot nagyobb mint 94 cm) férfiakban 46,8%-ban, nőkben (a haskörfogot nagyobb, mint 80 cm) 80%-ig emelkedhet az életkor függvényében.

A extrém fokú elhízásban szenvedők (BMI nagyobb mint 40 kg/m²) száma hazánkban mintegy 200 000-re tehető, akiknek a hirtelen szívhalálra 40-szer nagyobb esélyük van a nem elhízottakhoz képest. Különösen aggasztó a gyermekkori elhízás előfordulása, amely a különböző vizsgálatokban 6,5 és 15,5% közötti. Mind a felnőtt, mind a gyermekkori elhízás előfordulás növekvő tendenciát mutat.

Az elhízás a koszorúér-betegségek kialakulásának kockázata szempontjából a dohányzás után a legnagyobb kockázati tényező, megelőzve a zsíranyagcsere-zavarokat. Túlsúlyos emberekben a szívbetegség kockázata 40%-kal nagyobb.

Kissúlyú újszülött

Hazánkban a kissúlyú újszülöttek aránya az elmúlt 50 évben jelentősen meghaladta az európai átlagot, de a környező országok többségének értékeit is. Míg az 1980-as évek elején a kissúlyú újszülöttek gyakorisága 10,4%, az 1990-es évek elején 9,3% volt Magyarországon, addig a nyugati országok átlaga 5–6% volt (9. ábra). 1995-re az előfordulási gyakoriság 8,3%-ra csökkent, azóta azonban lényegében nem változott (2004-ben 8,3 % volt). A kissúlyú újszülöttek előfordu-



9. ÁBRA

A kissúlyú újszülöttek gyakorisága Magyarországon

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

lásának gyakoriságában jelentős regionális eltérések vannak, kiemelkedően magas Borsod-Abaúj-Zemplén, Tolna és Somogy megyében.

A koraszülöttek közül kerül ki a szülés körüli halálozás 80%-a és a születés utáni megbetegedések 70%-a. A születést követő megbetegedések egy része tartós egészségkárosodással is jár (vakság, mozgásképtelenség, mozgáskorlátozottság, szellemi visszamaradás, tanulási és viselkedési zavarok). A legújabb vizsgálatok szerint ezen gyermekeknél ráadásul több, felnőttkorban jelentkező szív és érrendszeri betegség (pl. magas vérnyomás, szívinfarktus) „programozódik” már méhen belül. Az „elveszített életévek” száma a korán beteggé váló eseteknél a legnagyobb, míg az „egészségben eltöltött évek” száma a legkisebb.

A születés körüli halálozás folyamatosan csökken még az igen kissúlyú újszülöttek között is, azonban a tartósan károsodott gyermekek aránya a túlélők között növekedni látszik.

2.2 Életmóddal befolyásolható szív és érrendszeri kockázati tényezők

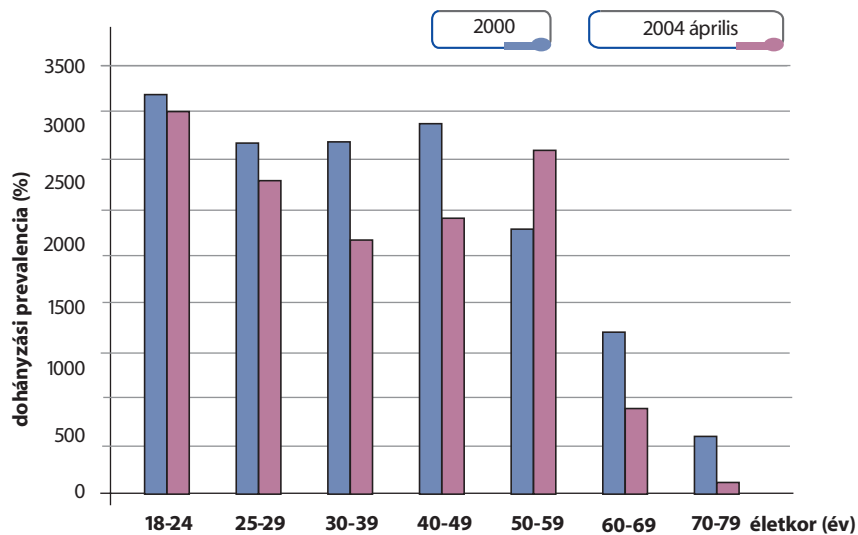
Dohányzás

A dohányzás a legfontosabb magatartással összefüggő halálok Magyarországon. Évente 28 000 ember hal meg a dohányzás következtében hazánkban, ez okozza a legtöbb halálesetet az összes elkerülhető kockázati tényező közül. Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) adatai szerint 2003-ban a férfiak 38%-a, a nőknek pedig 25%-a dohányzott naponta. Az 1999. és a 2000. évvel összehasonlítva a férfiaknál tetőzött az elszívott cigaretták száma, az összehasonlításban változatlan értékeket mutat, míg a nőknél növekvő szám mutatkozik (21%, illetve 23% volt).

Magyarországon kb. 2,6 millió dohányos él (1,6 millió férfi és 1 millió nő). Közülük minden második halálának oka a dohányzás lesz. Azok, akik 35–69 éves korukban halnak meg, a nemdohányzókhoz képest átlagosan 20–25 évvel élnek rövidebb életet. A dohányzás felelős a középkorú férfiak és nők halálozásának 35%, illetve 17%-áért, az idős férfiak és nők halálozásának 27%, illetve 8%-áért.

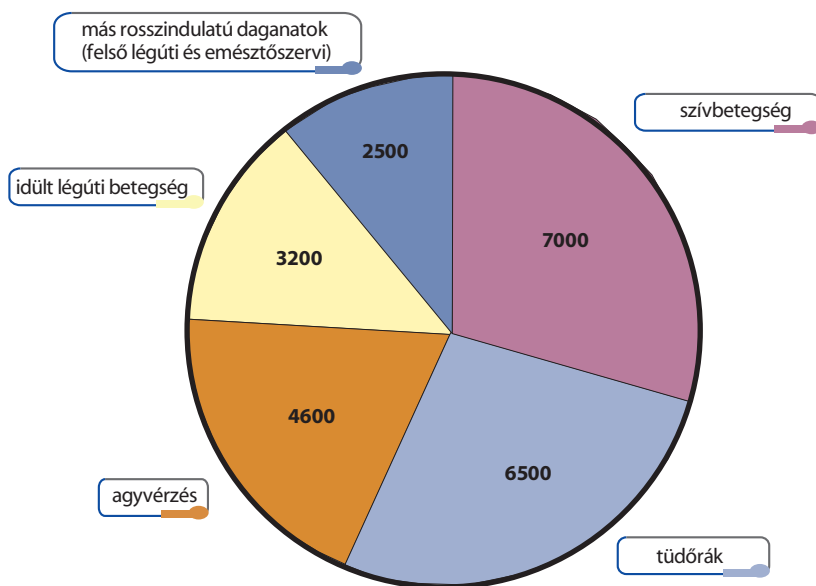
A dohányosok aránya a fiatal felnőttek körében a legmagasabb, a nők harmada, a férfiak csaknem fele dohányos. Riasztóan magas a magyar fiatalok körében a dohányzás előfordulása és folyamatosan emelkedik. 1995 és 1999 között az iskolát elhagyó 18 éves lányok nagyobb arányban dohányoztak, mint a fiúk és ez idő alatt mindkét nemben növekedett a dohányzás előfordulása 20%-kal. 2002-ben már a 15 éves fiúk 24%-a, míg a lányok 27,3%-a dohányzott. A Magyar Gallup Intézet által (1995, 2000), illetve az Országos Dohányfüstmentes Egyesület felkérésére (2004) végzett felmérések alapján azonban bizonyos korcsoportokban kedvező változás mutatkozott, így a 25–49 éves nők körében csökkent a dohányosok száma (10. ábra).

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság



10. ÁBRA

A dohányzás gyakorisága a nők körében 2000 és 2004 között



11. ÁBRA

A dohányzással összefüggő halálozások száma Magyarországon, a halálokok szerint (1999)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

A passzív dohányzás a nemdohányzók körében is növeli a kockázatot. A nemdohányzó serdülők 75%-a, a dohányzó fiatalok 90%-a van otthonában kitéve a passzív dohányzás káros hatásának.

A dohányzás az érlemeszesedés folyamatát felgyorsítja, nőknél 20 évvel, férfiaknál 15 évvel előbbre hozza a szív és érrendszeri károsodást, elsősorban a koszorúér- és agyérbetegségeket (11. ábra).

Alkoholizmus

Az EU tagállamaiban a lakosság negyede rendszeresen fogyaszt alkoholt. Magyarországon a 2003-as felmérés alapján a nők 8%-a és a férfiak 31%-a mértékletes ivónak számít, míg a nők 3%-a és a férfiak 18%-a fogyasztott egészségkárosító mennyiségű alkoholt.

1975–1994 között Magyarországon a tiszta szeszestál fogyasztás folyamatosan meghaladta a 10 l/fő/év értéket. Az Európai Unióban az összes szeszestál-fogyasztás 1980 óta, Magyarországon 1990 óta csökkenő tendenciát mutat (1990: 11,5 l/fő/év, 1996: 9,5 l/fő/év), viszont a tiszta alkoholra számítva nőtt. Ez komoly aggodalomra ad okot, mert 1995-re a 0–64 éves férfiak körében 1970-hez képest kilencszeresére, az ugyanezen korosztályba tartozó nők körében nyolcszorosára növekedett a krónikus májbetegség és májsugor okozta halálozás (1. táblázat).

1. TÁBLÁZAT

Alkoholos májbetegség miatt elhaltak és az alkoholisták becsült száma

Év	Alkoholos májbetegség miatt elhaltak száma			Alkoholisták becsült száma		
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt
1980	1194	362	1556	170 936	52 128	224 064
1985	2288	736	3024	329 472	106 984	435 456
1990	2951	1129	4080	424 944	162 576	587 520
1995	5402	1902	7304	777 888	273 888	1 051 776
1999	4524	1492	6016	651 456	214 848	866 304
2000	4332	1425	5757	623 808	205 200	829 008

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

1970–1999 között 280 000 férfi és 145 000 nő halt meg alkoholfogyasztás következtében Magyarországon. A túlzott mértékű alkoholfogyasztás okozta májzsugor és halálozás a férfiak körében kiemelkedően magas.

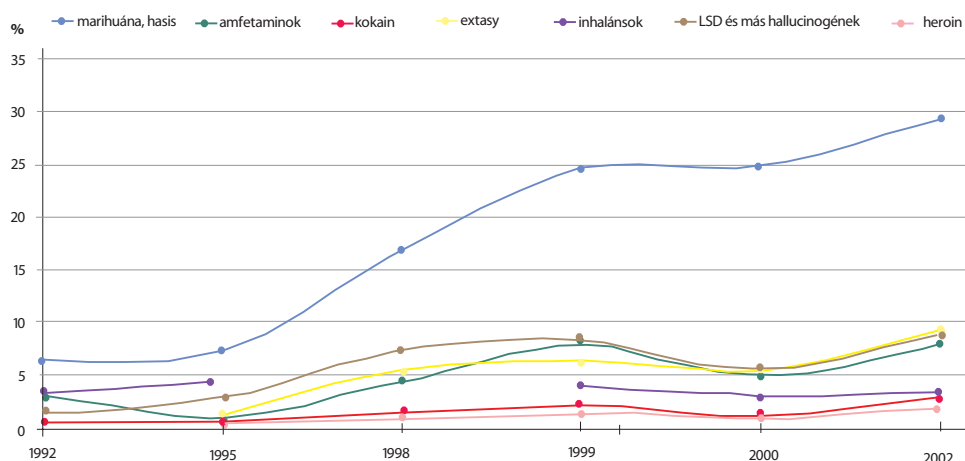
Sajnos, már a középiskolások körében is nő alkoholfogyasztás. A kevesebb mennyiségű alkoholfogyasztás elfogadtatását már iskoláskorban kell megkezdeni, hiszen – hasonlóan a dohányzáshoz – az italozáshoz is igen gyakran kortársai nyomására szokik hozzá a fiatal.

A túlzott alkoholfogyasztás az egyik legsúlyosabb egészség- és társadalomromboló tényező. Az alkoholizmus okozta népegészségügyi, illetve társadalmi probléma szempontjából Magyarország az európai országok között vezető helyet foglal el. Ezt támasztja alá az a szomorú tény, hogy a májzsugorban meghaltak száma Magyarországon a nemzetközi összehasonlításban évtizedek óta kiemelkedően sok.

A szeszesital-fogyasztással közvetlenül összefüggő betegségek száma is növekszik – elsősorban a krónikus májbetegség és májzsugor –, de a nagy mennyiségű rendszeres szeszesital-fogyasztás megnöveli a szív és érrendszeri megbetegedések kockázatát is. Főleg nőknél az egészségkárosító mértékű alkoholfogyasztás jelentősen megnöveli a stroke és az emlőrák előfordulását.

Kábítószer-fogyasztás

A kábítószerkérdés fontosságát a szív és érrendszeri kockázat és betegségek szempontjából az jelenti, hogy a kábítószer okozta szövődményes betegségek és a halálozás közel fele szív és érrendszeri.



12. ÁBRA

A szerenkénti életprevalencia- (drogfogyasztás gyakorisági százaléka) értékek 1992–2002 között budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

A kábítószer-fogyasztás egyre növekvő társadalmi probléma hazánkban is. Magyarországon a 14–16 évesek egynegyede már használt kábítószer és – Európa többi államához hasonlóan – a kábítószer-fogyasztók leginkább kanna-bisz-származékokat és szintetikus parti-drogokat használnak (12. ábra).

Egy 2003-as, a budapesti 14–16 évesek körében végzett felmérés szerint a megkérdezett fiatalok 24,7 százaléka használt már valamilyen tiltott szert, elsősorban marihuánát, illetve amfetamint és extasyt. A magyar felnőtt népesség 11,4 százaléka próbált már ki életében valamilyen drogot, döntő többségében 25 éves kora előtt, átlagosan 19,5 évesen. A kezelésben részesülő hazai drog-fogyasztók száma nőtt 2003 óta (2001: 12 049 fő; 2002: 12 777 fő; 2003: 14 993 fő). A heroinfogyasztás mértéke csökkent az Európai Unióban, ezen belül Magyarországon is. Ezzel összefüggésben a kábítószerrel kapcsolatos halálozások száma is csökkent.

Egészségtelen táplálkozás

Az elmúlt 20 év alatt Magyarországon elvégzett három táplálkozási vizsgálat szerint a zsír- és koleszterinbevitel jelentősen meghaladja a nemzetközi és hazai ajánlásokat. Az élelmiszerek nagy só-tartalma és az ételek túlsósága (napi 6 gramm felett) a férfiak esetében 4 és félszeres, a nők esetében 3 és félszeres többletnátrium-bevitelt eredményez. Elégtelen a zöldség- és gyümölcsfogyasztás; kevés tejet iszunk, és kevés tejtermék, valamint kevés teljes őrlésű gabonából készült élelmiszer kerül az asztalra. Az egészségtelen táplálkozás nemcsak bizonyítékokkal alátámasztott kockázati tényezője számos betegségnek, de a vitaminokban és bizonyos ásványi anyagokban szegény étrend csökkenti a szervezet ellenálló képességét, így módon is elősegítve a rosszindulatú daganatos betegségek és a szív-koszorúér-betegség kialakulását.

A magyar férfiak, illetve nők átlagos energiabevitel a 2003–2004. évi, 3. országos táplálkozási vizsgálatban 2790, illetve 2205 kcal volt. A férfiak táplálkozásában zsiradékokból származott az energiabevitel 38,2, nők táplálkozásában 36,8 százaléka.

A túlzott energia- és zsírbevitel, valamint a nagy só-tartalmú táplálékok rendszeres fogyasztása az elhízás és a magas vérnyomás-betegség kockázati tényezője. A kedvezőtlen összetétel, a telített zsírsavak, valamint a többszörösen és egyszer telítetlen zsírsavak nem megfelelő aránya tovább növeli a kockázatot, illetve a betegség súlyosbodását eredményezheti. A zsír-anyagcsere-zavar, a cukorbetegség, az elhízás és a magas vérnyomás megelőzésében, illetve a kialakult betegség kezelésében a nem gyógyszeres terápia alapvető része a helyes táplálkozás, e lehetőség kihasználása azonban messze nem kielégítő.

Mozgásszegény életmód

A rendszeres testmozgás alapvetően hozzájárul a fizikai-szellemi-lelki jóllét eléréséhez azzal, hogy csökkenti számos megbetegedés (a magas vérnyomás, cukorbetegség, szív és érrendszeri betegségek) és az idő előtti halálozás kockázatát. Hazai felmérések szerint 2000-ben a nők fele és a férfiak kétharmada végzett hetente többször testmozgást, a férfiak minden életkorban aktívabbnak bizonyultak a nőknél. Az életkor előre haladtával mind a férfiak, mind a nők esetében jelentősen kisebb volt a rendszeres testmozgás gyakorisága. A nők több mint 40%-a, a férfiak harmada soha vagy heti rendszerességnél ritkábban végzett testmozgást az ezredfordulón.

A nők minden életkorban kevesebbet mozognak, mint a férfiak, és az életkor előre haladtával a rendszeresen aktívak aránya tovább csökken. De ez a trend már gyerekkorban is megfigyelhető: a 11 éves lányok 27%-a teljesíti a preventív célú testmozgás kritériumait, míg 15 éves életkorra ez az arány 16%-ra csökken.

A WHO 2003-as adatai szerint a világon a fizikai inaktivitás önmagában évente 2 millió halálesetért felelős. Az említett betegségeken túlmenően a mozgásszervi betegségek, valamint a pszichiátriai kórképek évről-évre növekvő gyakorisága figyelhető meg a felnőtt lakosság körében, melyek részben összefüggésbe hozhatók az inaktív életmóddal. A rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a szív és érrendszeri betegségeket, kedvezően befolyásolva azok kockázati tényezőit. Csökkenti egyes daganatos és mozgásszervi betegségek előfordulását, késlelteti a csontritkulás. Nem elhanyagolható a szerepe a lelki egészség megőrzésében sem, hiszen véd a depresszióval, a szorongással és az alvászavarokkal szemben.

2.3 Egyéb szív és érrendszeri kockázati tényezők

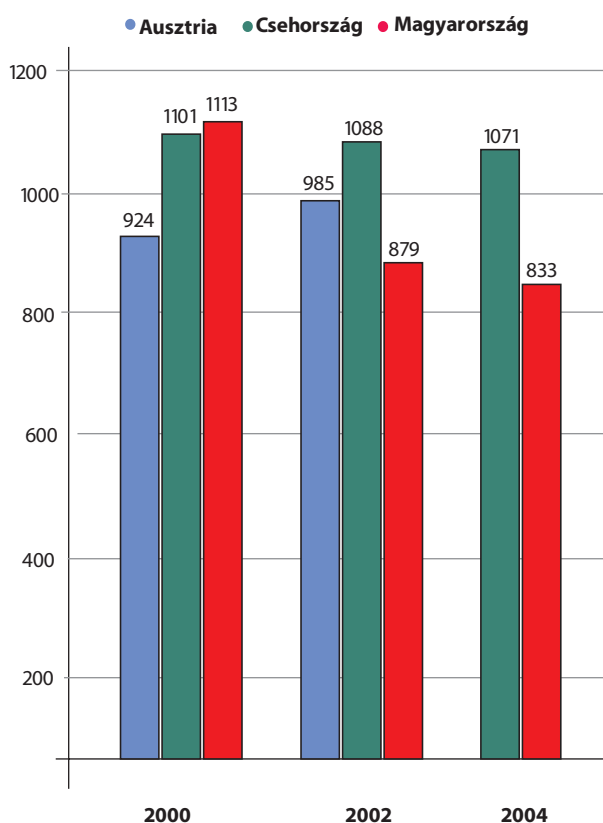
Az egészségügyi ellátás jelenlegi helyzetéből származó kockázat

A szív és érrendszeri betegségek sürgős ellátását igénylő eseteinél (agyérelzáródás oldása, szívkátéterezés lehetősége) a késői felismerés csökkenti az egészségben élhető és munkaképes életévek számát, a korán megkezdett oki kezelés pedig növeli azt. Hosszú a panasz, illetve betegség észlelése, valamint az orvoshoz fordulás közötti idő és nincs esélyegyenlőség a szállítás és elérés lehetőségében. Mindezek hozzájárulnak a halálozás növekedéséhez és a súlyosabb esetek, illetve a nem rehabilitálható állapot kialakulásához. A megfelelő szakellátó-, ápoló- és szakorvosszám, valamint a strukturális változtatás is feltétele a minőségi ellátásnak.

2.4 Szív és érrendszeri betegségek

Koszorúér-betegség, szívelégtelenség

A keringési rendszer megbetegedésének gyakorisága a legnagyobb, mintegy háromszorosa az utána következő légzőszerv-rendszeri betegségeknek (keringési: 3900 megbetegedés / tízezer lakos; légzőszervi: 1370 megbetegedés / tízezer lakos). A 2003-as lakossági egészségfelmérés alapján az időskorú nők 74,2%-a, az idős férfiak 64,5%-a szenvedett valamilyen keringési betegségben, 2003-ban. A társadalmi szempontból oly fontos életév-veszteségeket tekintve figyelemre méltó, hogy a 65 év alatti férfiak koszorúér-betegség miatti halálózása az elmúlt évtizedben csökkent. Az akut szívinfarktus okozta halálozás pedig már az 1990-es évek közepétől csökkent, de még mindig nagyon magas.

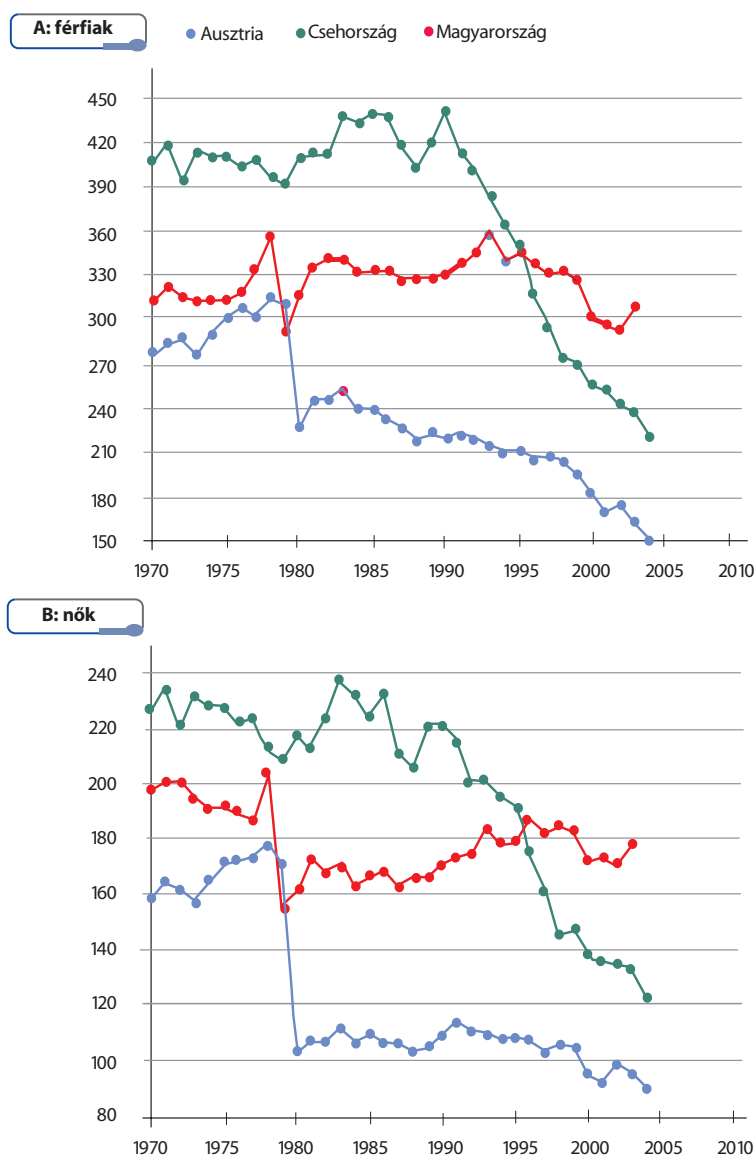


13. ÁBRA

Koszorúérbetegség miatt kórházban kezelték száma 100 000 lakosra számítva
(Forrás: WHO, 2006)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

Koszorúér-betegség miatt Magyarországon 2000-ben 113 650, 2002-ben 89 336, 2004-ben 84 287 beteget kezeltek kórházban. 100 000 lakosra vetítve ez Magyarországon 1113, 879 és 833 beteget jelentett az adott években. Az ausztriai és csehországi adatokkal összehasonlítva az eredmény a 13. ábrán látható. A férfiak standardizált halálozása koszorúér-betegségben 100 000 lakosra számítva 1970- ben 314, 2003-ban 309, nőknél pedig 192, illetve 179 volt (14. ábra).



14. ÁBRA

A férfiak (A) és a nők (B) standardizált halálozási aránya koszorúér-betegségben, 100 000 lakosra számítva (Forrás: WHO, 2006)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

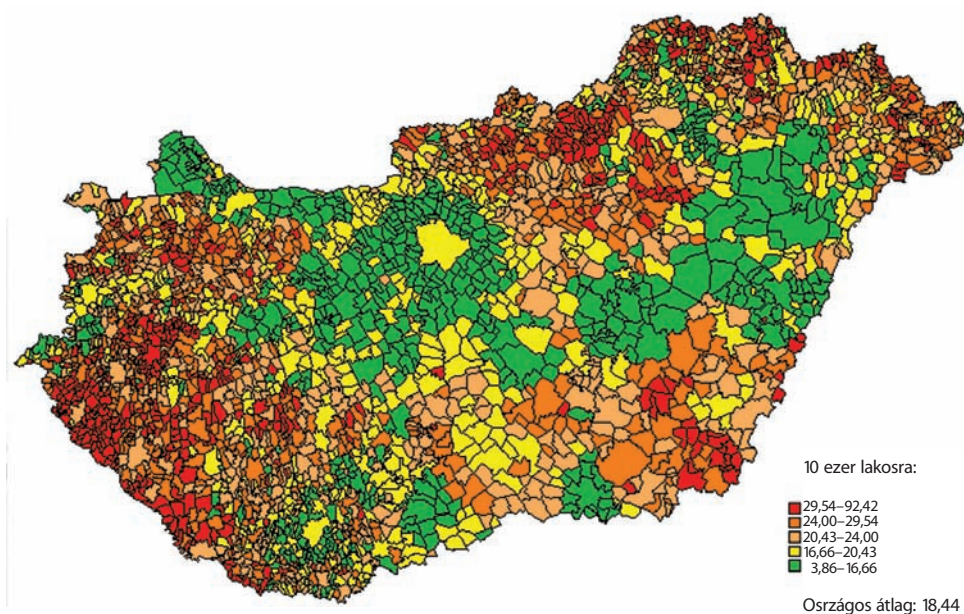
Magyarországon az összes kórházi felvételek 5%-a szívelégtelenség miatt történik. A betegeknek 78%-a legalább kétszer, 16%-a legalább háromszor kerül évente kórházi felvételre akut tünetek miatt. Ezek a kórházi kezelések sokkal hosszabbak, mint az átlagos kórházban töltött idő: a keringési egyensúly gyakran csak sok hetes, sőt, több hónapos intenzív kezeléssel állítható helyre. A betegség felismerését követően 6 éven belül a halálozás férfiaknál 85%, nőknél 67%. Magyarországon több mint 100 000 embert érintő betegségről van szó.

Agyérbetegség (stroke)

Az agyi érkatasztrófa (szélütés, stroke) már népegészségügyi probléma a fejlett és a fejlődő-iparosodó országokban, sőt egyike a legmagasabb halálozással járó érrendszeri betegségeknek.

A stroke miatt kezelt betegek az összes kórházi fekvőhely-kapacitás 20%-át, a rehabilitációs és krónikus ágyak 25%-át foglalják el. A teljes lakosság 0,2–0,4%-a betegszik meg agyi érbetegségben; egy időben 200 000 ember szenved stroke-ban.

Kialakulásában nem csupán az életkor, de az egyén társadalmi-gazdasági helyzete is meghatározó tényező, ezért jelentős különbségek vannak még az országon belül is a regionális és kistérségi stroke okozta halálozásban (15. ábra).



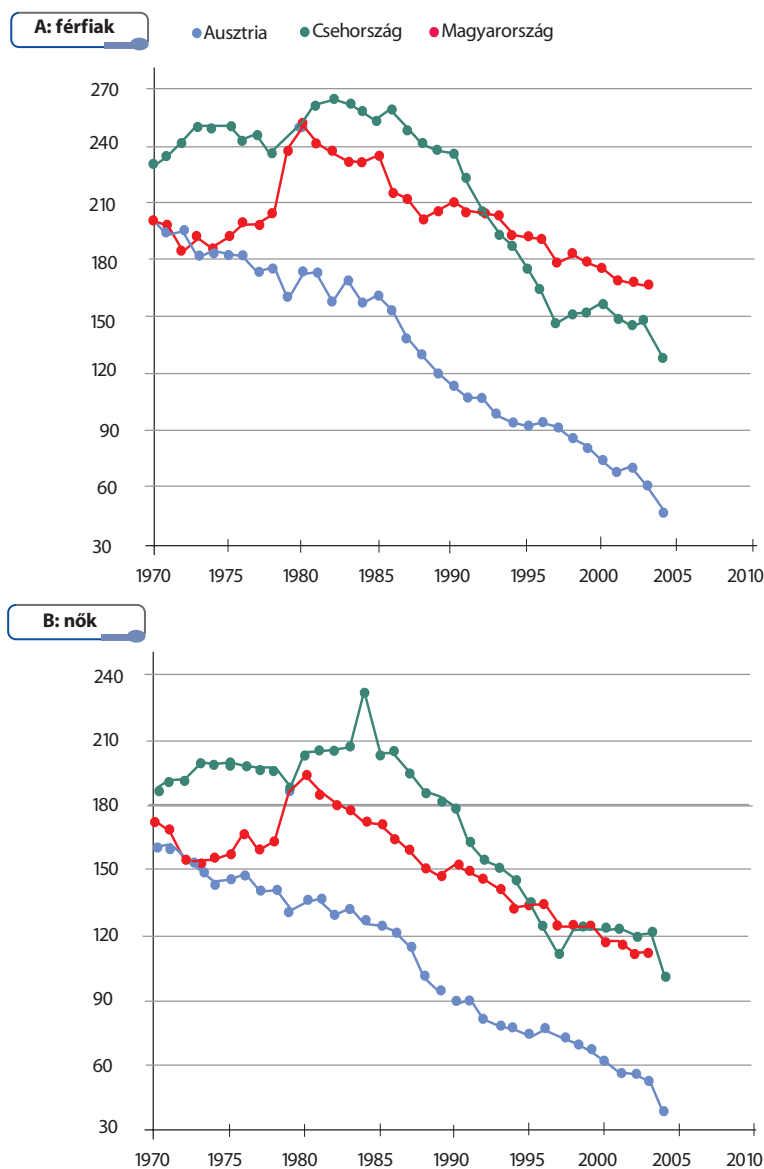
15. ÁBRA

Az agyérbetegség miatti kistérségi halálozás 10 000 lakosra számítva. A zöldtől a piros szín felé tolódik a halálozás gyakoriságának növekedése (2005)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

Agyérbetegség miatt Magyarországon 2000-ben 84 955, 2002-ben 98 469, 2004-ben 120 562 beteget kezeltek kórházban, Csehországban és Ausztriában mindegyik évben jelentősen (10-20 000-rel) kevesebbet.

A férfiak standardizált halálozása agyérbetegségben 100 000 lakosra számítva 1970-ben 202, 2003-ban 167, nőknél 172, illetve 113 volt (16. ábra).



16. ÁBRA

Az agyérbetegségek okozta standardizált halálozás férfiakban (A) és nőkben (B) Magyarországon, Ausztriában és Csehországban 100 000 lakosra számítva (Forrás: WHO, 2006)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

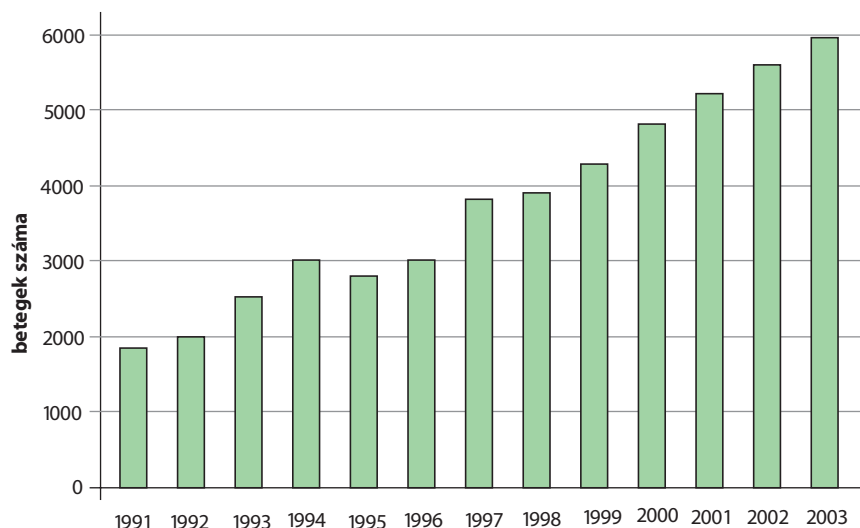
Perifériás érbetegség

Az Egészségügyi Világszervezet felmérése alapján a perifériás érszűkület gyakorisága férfiaknál 15%, nőknél 12%. Magyarországi felmérések szerint a 45–74 éves korcsoportban a perifériás érszűkület gyakorisága 6,9% (ezek valamivel több mint egyötöde tünetmentes), azonban az 55–74 éves korcsoportban az érszűkület gyakorisága már 28,8%. Epidemiológiai vizsgálatok szerint a 60 éves vagy idősebb férfiak 5%-ának és az ilyen életkorú nők 2,5%-ának járási nehezítettséget is okozó, vérkeringési zavarra utaló tünetei vannak. Ez a gyakorisági érték azonban háromszor magasabb, ha a diagnózis igazolására neminvazív vizsgálatokat alkalmaznak a tünetmentes és tünetekkel rendelkező személyek esetén is.

A koszorúér-megbetegedésben szenvedők egyharmadában észleltek perifériás artériás érszűkületet, egynegyedükben pedig agyér-megbetegedést. A perifériás artériás betegeknek egyébként több mint 50%-ában igazolható koszorúér-megbetegedés is. A járási nehezítettséget okozó keringési panaszok jelentkezése után öt évvel a betegek 70%-a, 10 év múlva pedig már csak 50%-a él. A halálozás az első három évben nagyobb arányú (10%), majd később csökken.

Vesebetegség

Krónikus vesebetegség, illetve veseelégtelenség elsősorban a magas vérnyomás, a cukorbetegség, az elhízás és a zsíryanycsere-zavar következtében



17. ÁBRA

A krónikus veseelégtelenség miatt dialíziskezelésben részesülő betegek száma Magyarországon (1991–2003)

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

jön létre. Krónikus vesebetegség általában a lakosság 11%-ánál mutatható ki, akik között már 4,5%-ban csökkent veseműködés is igazolható, vagyis a glomerulus (érgomolyag) vértisztító képessége (GFR) kisebb, mint 60 ml vér percenként. Magyarországon az enyhe, a közép súlyos és a súlyos krónikus vesebeteg mintegy 500 000 főt érint. A krónikus veseelégtelenségben szenvedő, dialíziskezelésre szoruló betegek száma 5000 körül mozog és évről évre mintegy 5–10%-kal növekszik (17. ábra).

Csökkent veseműködés esetén kiemelkedően nagy a szív és érrendszeri szövődmények és halálozások száma, melyek miatt a krónikus vesebetegség, illetve veseelégtelenség maga is szív és érrendszeri kockázati tényező. 60 ml/perc alatti GFR-értéknél a szívinfarktus ezer betegévre vonatkoztatott gyakorisága 10%, míg 60 ml/perc feletti értéknél csak 5%. A stroke és az összes szív és érrendszeri halálozás vonatkozásában háromszor nagyobb egy esemény bekövetkezésének gyakorisága krónikus vesebetegség vagy veseelégtelenség esetében.

2.5 A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a szív és érrendszeri kockázatokban és betegségekben

A magyar lakosság egészségi állapotát alapvetően meghatározó krónikus nem fertőző megbetegedések gyakorisága szempontjából a megbetegedések döntő többségét olyan betegségek alkotják, amelyek kialakulásának valószínűsége és ezzel gyakoriságuk egészségfejlesztéssel, az elsődleges megelőzés (primer prevenció) fogalomkörébe tartozó népegészségügyi intézkedések-beavatkozások segítségével jelentősen csökkenthető, vagy a megbetegedéskor várható életkori fellépése kitolható. Az egyéni egészségmagatartás szinte teljes egészében az egészségügyön kívüli eszközökkel befolyásolható, alakítható.

Az egészséges életmód elterjesztése és általános társadalmi normává tétele a többek között a helyes egészségmagatartási szokások ösztönzése révén lehetővé tenné, hogy a halálozások és megbetegedések döntő százalékát kitevő keringési és daganatos betegségek aránya csökkenjen, vagy megjelenésük későbbi életkorra tolódjék és ezzel az egészségben leélt életévek száma lényegesen növekedjen.

A szív és érrendszeri betegségek kialakulása döntően életmódfüggő, legfőképpen a táplálkozási szokások, a mozgáshiány, a szenvedélybetegségek (elsősorban a dohányzás és az alkoholfogyasztás) vezetnek e betegségek kockázati tényezőinek kialakulásához.

A kockázati tényezők (elhízás, magas vérnyomás, szénhidrát- vagy zsíryanycsere-zavar) kialakulása megelőzhető vagy későbbre tolható. Ennek legkorábbi lehetősége a veszélyeztetett édesanyák kissúlyú újszülöttjei esetében adódik, akinek már születésükkor nagy a szív és érrendszeri megbetegedési kockázata. E mellett kiemelkedő jelentőségű e betegségek korai felismerése, szűrése.

2. Kockázat, előfordulás és halálozási gyakoriság

A viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás veszélyeztető szerepe

A középkorú népesség körében – elsősorban a férfiak körében – igen jelentős eltérés van a különböző társadalmi-gazdasági rétegek halálozási arányai között, ez a különbség elsősorban a férfiakra jellemző. Az iskolázottság szerinti halálozási hányados a magyar férfiak között lényegesen magasabb, mint Európa más országaiban. Az érettségénél alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya 1,8-szor magasabb, mint a magasabb végzettségűeké. Ehhez hasonló eltéréseket csupán a Cseh Köztársaságban mutattak ki. Ezzel szemben a középkorú nők között ez az iskolázottság szerinti halálozási különbség csupán 1,28-szoros.

A magatartástudományi kutatások igen fontos felismerése, hogy a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás. Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők, mint a dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód szerint korrigáljuk, akkor kiderül, hogy ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy például Nagy-Britanniában közel 10 évvel korábban hal meg egy segédmunkás, mint egy diplomás – még akkor is, ha nem iszik, nem dohányzik többet. Szintén angol közalkalmazottak között mutatták ki, hogy az alkalmazási szint (beosztás) igen szoros, fordított kapcsolatban áll a halálozási arányokkal, valamint elsősorban a koszorúér-betegségek gyakoriságával („státusz szindróma”).

A krónikus stressz, valamint a szív és érrendszeri betegségek kockázata

A magyar népesség körében végzett vizsgálatok eredményei szerint, a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem a krónikus stressz és az ennek hatására kialakuló depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat.

A krónikus stresszel kapcsolatos sérülékenységekben alapvető szerepe van a korai fejlődési szakasznak. Az ún. „szociális stressz modell” szerint az „anyamegvonás” a fejlődés meghatározott, kritikus szakaszaiban egész életre szóló fokozott stresszérzékenységet, sérülékenységet eredményez, amelynek mélyreható központi idegrendszeri és pszichológiai következményei vannak. Az anyagyermekek kapcsolat sérülése mintegy huzalozva vezet az agyban és a magatartásban későbbi sérülékenységekhez. E kísérleti megfigyelésen alapul a kötődés elmélete, amely alapvető szerepet játszik a biológiai és pszichológiai mechanizmusok révén kialakuló későbbi fokozott stresszveszélyeztetettség megértésében. Az utóbbi évtizedekben számos vizsgálat bizonyította, hogy a rosszabb társadalmi-gazdasági helyzetű rétegek gyermekeinél a korai kötődés zavarai és így a stresszérzékenység fokozódása és a megbirkózási képességek gyengülése a későbbi egészségi különbségek kialakulásában fontos szerepet játszanak.

A nem hagyományos kockázati tényezők szerepe a szív és érrendszeri betegségek vonatkozásában

Az ún. „tanult tehetetlenség” a tartós, ismétlődő kontrollvesztés élménye bizonyos élethelyzetekben, amelyek tanult módon áttevődnek a későbbi hasonló helyzetekre is. A tanult tehetetlenség tulajdonképpen magatartási depresszió. A férfiak önértékelésében a saját anyagi helyzetük, sikerességük sokkal fontosabb helyet foglal el, mint a nőkében, és ezért az általuk megélt viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás sokkal súlyosabb depressziós tüneteket és következésképpen rosszabb egészségi állapotot eredményez, mint a nők esetében.

Egyértelműen bizonyított a depresszió szerepe a pszichoszociális kockázati tényezők a szív és érrendszeri halálozás közötti összefüggésben. A munkahelyi kontroll hiánya, a társas támogatás hiánya és az ellenséges beállítottság szintén elsősorban a krónikus stressz és a következményes depresszió közvetítésével fokozzák kimutathatóan a szív és érrendszeri betegségekre vonatkozóan a veszélyeztetettséget.

A szív és érrendszeri betegedésben nem szenvedő, ám depressziós férfiak szívinfarktus okozta halálozási valószínűsége, súlyos depresszió esetén négyszer, enyhe depresszió esetén kétszer magasabb volt. Bár a depressziós tünetegyüttes és megbetegedések jelentősen gyakoribbak a nők között, a depresszió szív és érrendszeri következményei valamennyi vizsgálat szerint súlyosabbak a férfiak között.

A depresszió és a depressziós tünetegyüttes tényleges kockázata lényegesen magasabb közvetlen élettani hatásánál, mivel a depresszió fokozza az ismert, egyéb veszélyeztetető tényezők, így a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás, stressz-táplálkozás gyakoriságát is, ezzel fokozza a veszélyeztetettséget.

3. A szív és érrendszeri betegségek kialakulását megelőző, azokat befolyásoló gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei

3.1 A népegészségügyi ellátórendszer

A népegészségügyi intézményrendszer fontos szerepet játszik a tudatos egészségmagatartás kialakításában.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat fővárosi, megyei és városi, valamint országos intézetei (Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Országos Epidemiológiai Központ, Országos Élelmezéstudományi Intézet, Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ) és az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet:

- végzik az egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel, az egészség megőrzésével és védelmével kapcsolatos tevékenységet,
- javaslatot tesznek a továbbfejlesztést szolgáló változtatásokra és közreműködnek azok egységes irányelvek szerint történő megvalósításában,
- ösztönzik, szakmailag segítik, támogatják az egészség-kommunikációs tevékenységet a közösségek és egyének egészségtudatos magatartásának kialakítása és javítása, továbbá a primer, szekunder és terciér megelőzési feladatok megvalósítása céljából.

Általában a kínálatban még kevés az egészséges termék és nincsenek kellően kihasználva a különböző elsődleges megelőzési lehetőségek. Ilyen szempontból kihasználatlanok a közegészségügy intervenciók képességei és kevés a népegészségügyi szakember és fejlesztésre szorul az egészségmonitorozás rendszere is. Sajnos az elmúlt évek kétségtelen előrelépései ellenére még mindig elégtelen az egészségismeretek átadása és javítandó az iskolai és munkahelyi egészségfejlesztés.

Az egészségtudatos magatartás kialakításában fontos szerepet játszik az oktatási intézményrendszerrel történő együttműködés. Az iskolai egészségne-

3. Gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei

velésben meghatározó szerepe van az iskola-egészségügyi szolgálatnak. Mind a lakóközösségi, mind az iskolai szemléletformálásban fontos feladat hárul a védőnői szolgálatra.

A munkahelyeken a munkavállalók egészségügyi alkalmasságának a meghatározásában, a helyes egészségmagatartás alakításában a foglalkozás-egészségügyi szolgálatnak meghatározó szerepe van.

Az egészségtudatos magatartás kialakítása csak a települési önkormányzatokkal történő szoros együttműködés keretében képzelhető el. Jelentős előrelépés a települési egészségtervek elkészítése és összehangolt megvalósítása, valamint a kistérségi együttműködések szélesítése és erősítése.

3.2 Az egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon

Sok területen nem kellően fejlett az egészségügy intézményrendszere: a kapacitások egyszerre hiányosak és részben/helyenként feleslegesek, valamint igénybevételük esetenként pazarló.

Az egyes egészségügyi beavatkozások, eljárások, valamint hozzáférhetőségük és igénybevételük országosan túlságosan változékonyak, az ellátás infrastruktúrája gyakran elavult. Általában nincs megfelelő informatikai infrastruktúra, elemző, értékelő és tervező intézményrendszer és ehhez szükséges adatbázis, amely kiszolgáltatná a döntéshozatalt és a lakossági tájékoztatást is. További fejlesztésre szorul a megújult szakfelügyeleti rendszer és az egészségügyi minőségirányítás rendszere.

A közszolgáltatások sok esetben nem képesek megfelelően ellátni ki-egyenlítő szerepüket. Gyakran ott és azok számára rosszabb a hozzáférés lehetősége, ahol és akiknél nagyobbak a szükségletek. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások területi egyenlőtlenségei részben a gazdasági egyenlőtlenségeket tükrözik. Az egészségügyre fordított költségek és beruházások megoszlása a meglévő kapacitások eloszlásához igazodik, ezért konzerválja a rendszer öröklött egyenlőtlenségeit.

A progresszivitás érvényesülése gyakran esetleges, az egyes ellátási szintek szabadon (feleslegesen) átjárhatók és markáns ellátottsági eltérések vannak a régiók között. A legszegényebb és a legjobb helyzetű kistérség fejlettsége közötti különbség tizenkétszeres. Az alapellátás ún. „kapuőr” funkciója nem megfelelő, minőségbiztosítása kialakítására még csak a kezdeti lépések történtek meg.

A humán kapacitás szerkezet egyszerre hiányos és pazarló (például az orvos-ápoló arány hazánkban 1:1/1000 lakos, míg Európában 2–3:4-8/1000 lakos). Az oktatás és szakképzés tartalma nem tudott kellő gyorsasággal és rugalmassággal alkalmazkodni a demográfiai változásokhoz. Bár viszonylag jól kiépült a szakemberképzés intézményrendszere, ugyanakkor mind az egészségügyi szakemberképzés, mind a továbbképzés fejlesztésre szorul.

3. Gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei

A kutatás és fejlesztés területén a hazai egészségtudományi kutatások a hazai kutatások 40%-át jelentik, a szabadalmi kérelmek 20%-a az egészségiparhoz, egészségtudományhoz köthető. Ezzel szemben rosszak a kutatások általános feltételei, nem megfelelő a támogatási rendszer. Vonzó lehet az egészségiparba történő befektetés.

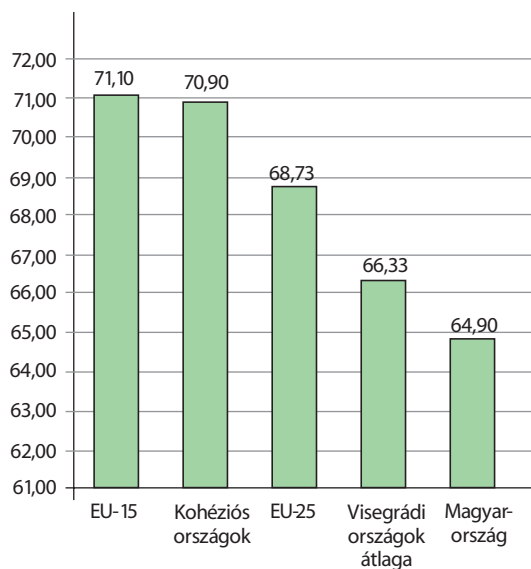
A szakmai irányítás és döntéshozatal nem eléggé hatékony.

Az ágazaton kívüli tényezők között szerepel, hogy viszonylag kevés a forrás az egészségügyre, jelentős a környezet egészségkárosító hatása, és kevés az egészséges életmódot támogató létesítmény. A társadalom belső kapcsolatai gyengék, a baráti kapcsolatok egyre szegényesebbek, emelkedett az egyedülélők száma. Mindezek mellett emelkedik az egészség értéke és fokozódik az egészségüggyel szembeni elvárás.

3.3 Az egészségügy fejlesztésének stratégiai célkitűzései

Célkitűzés, hogy Magyarország 2020-ra Európa legdinamikusabban fejlődő, a fenntartható fejlődés szempontjait is követő országai közé tartozzon, ahol ennek eredményeként a jelenleginél egészségesebb és hosszabb az élet.

A fejlesztéspolitika legfontosabb, átfogó célja érdekében kiemelt stratégiai cél elérése 2020-ig a népesség egészségi állapotának javítása, amelynek ré-



18. ÁBRA

Születéskor várható, egészségben eltöltött évek számának átlaga (HALE index, 2002)

(Forrás: WHO Statistics)

3. Gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei

vén a magyar társadalom minden tagja számára biztosítható a minél hosszabb, az emberhez méltó és tevékeny élet, egyúttal biztosítva az egészségügyi rendszer fenntartható fejlődését és mérsékelve az egészségügyre fordított kiadások elkerülhetetlenül növekvő ütemét.

Az egészségügy területén a fő cél, hogy a megvalósuló fejlesztések következményeképpen jelentősen javuljon a magyar lakosság egészségi állapota és a születéskor várható élettartam 2013-ra jelentősen közelítse meg az Európai Unió 25 tagországának átlagát (18. ábra).

A fenntartható társadalomban az életminőség folyamatos javítására való törekvés kiemelt szerepet kap: ahol az életminőség magában foglalja az egészséget (a teljes testi, lelki és szociális jólétet) és ehhez kapcsolódóan az anyagi jólétet, az egészséges környezeti feltételeket is. Az egészségi állapot lényegesen befolyásolja a munkaképességet és a pályaválasztásra való alkalmasságot is.

Az egészség ügye nemcsak az egészségügyé, multiszektoriális megközelítés vezet a népesség egészségi állapotának javulásához. Az értékelvű, egészségközpontú egészségpolitika kialakításához szükséges feltételrendszer és népességügyi intézményrendszer fejlesztése, ezért egységes szakmai alapokra épülő, de regionálisan szervezett intézményrendszert kell létrehozni, amely egyben a népegészségügyi programok menedzselésére is alkalmas.

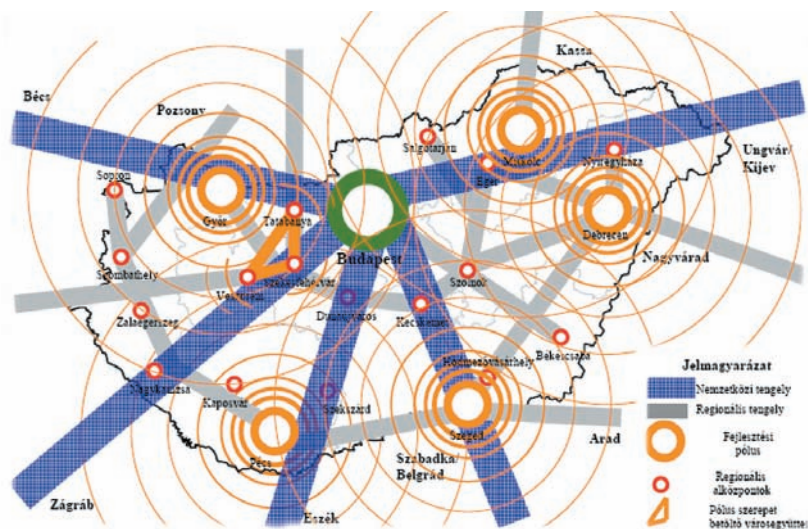
A hatékony egészségfejlesztés megvalósításához elengedhetetlen az egészségkommunikáció fejlesztése, amelyre alapozható az egészségtudatos életmód és a fogyasztói szokások egészségtudatos irányban történő változása. Egészségügyi hatásvizsgálatokra, korszerűsített közegészségügyi szolgálatra van szükség.

Szükséges az egészségügyi ellátórendszer szerkezetének és működésének betegközpontú korszerűsítése, az ellátások minőségének és hatékonyságának javítása, a jelentős egyenlőtlenségek csökkentése érdekében, melyek megvalósítása a progresszivitás és a térségi hierarchia elvén nyugvó egészségügyi ellátórendszerrel lehetséges. A többfunkciós kistérségi közösségi központok kialakításával lehetővé válnak az egy helyen fellelhető egészségügyi alap és egyes szakellátások, a szociális és helyi szükségleteknek megfelelő szolgáltatások összehangolása és fejlesztése.

Szükséges a sürgősségi ellátás rendszerszintű – alapellátási, mentési és kórházi – megerősítése, a sürgősségi szemlélet a teljes progresszív ellátásban való megjelenítése. A sürgősségi ellátás elvei mentén a kórházi kapacitások regionális szinten történő újraelosztásával és fejlesztésével, valamint a regionális egészségügyi központok kialakításával a területi igényekhez igazíthatóak a szolgáltatások. Ezt egy szektorsemleges, a szolidaritást és az esélyegyenlőséget is figyelembe vevő finanszírozási rendszer kell, hogy támogassa. Kiemelten fontos a krónikus ellátást szolgáló intézményrendszer és a rehabilitáció intézményrendszerének fejlesztése.

Mindehhez társulnia kell a fizikai elérhetőség javulásának, amelyre a Nemzeti Fejlesztési Konceptió tett javaslatot, a policentrikus térségfejlesztés keretében (19. ábra). A későbbiekben a szív és érrendszeri betegségek ellátásának

3. Gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei



19. ÁBRA

Magyarország távlati fejlesztési pólusainak terve

feltérképezésekor, valamint a Nemzeti Program fejlesztési koncepciójának kialakításakor, az érintett helyeken ezt vettük alapul.

Hasonlóképpen fontos az információs társadalom kiteljesítése, az elektronikus módon történő tanulás-oktatás (e-learning) és az e-egészségügy. Támogatni kell az időseket abban, hogy a lehetőségeikhez mértén megőrizték munkaeő piaci aktivitásukat, és kiemelt figyelmet kell fordítani a megváltozott munkaképességű és a fogyatékos emberekre is.

Szükséges az innováció, a kutatás-fejlesztés ösztönzése és infrastrukturális hátterének megerősítése, ezért kiemelt jelentősége van az Európai Kutatási Térséghez való tartozásnak, és az interdiszciplináris, komplex területi fejlesztéseknek.

3.4 Egészségügy és versenyképesség

Számos már létező és működő program, illetve programterv van (a Nemzeti Fejlesztési Terv I.-ben pályázatnyertes Észak-Alföldi Regionális „Egészség-centrum” modell, „Egészség-obszervatórium központok” modell), amelyek tapasztalatait és eredményeit az egészségügy fejlesztése során már felhasználjuk, illetve figyelembe vehetjük. Ilyen program még a meginduló Nemzeti Stroke és Diabetes Program, illetve maga a Nemzeti Népegészségügyi Program (2001–2010) is.

3. Gyógyító-megelőző ellátás helyzete és a fejlesztés lehetőségei

Az Európai Bizottság 2004. évi Versenyképességi Jelentése hangsúlyozta, hogy az egészség a munkaerő és a foglalkoztathatók számának növelésével jelentős szerepet játszik a gazdasági növekedés biztosításában. Mindez azzal indokolható, hogy

- a megelőzés és az egészségfejlesztés kiterjesztése védi és javítja a munkavállalók egészségét, melynek következtében csökken a betegség miatti kiesett munkaidő,
- a gyógyítás fejlesztésével a munkavállaló gyorsabb felépülés után tér vissza a munkaerőpiacra,
- a korszerű ápolási formák elterjesztésével a hozzátartozóit gondozni kényszerülő munkavállalók több munkaórát és jobb minőségű munkát képesek elvégezni,
- a fejlettebb egészségügyi ellátás eredményeképpen az inaktív munkaképes korúak, valamint az idősebbek egy része visszatérhet a munkaerőpiacra,
- a megelőzés, ellátás és egészségfejlesztés minőségi változtatásával csökken a megromlott egészségű munkavállalók száma, nő a foglalkoztatás hatékonysága és ezek következtében csökken az egészségügyi és szociális kiadások növekedésének mértéke.

A különböző Nemzeti Programok magukban foglalják azon célokat és elveket is, hogy

- növekedjen a rehabilitációs és rekreáció lehetősége Magyarországon a szükséges egészségügyi szakemberek támogatásával és gyógyhelyek létrehozásával, illetve fejlesztésével,
- kerüljön jobb kihasználásra a magyar egészségtudományban rejlő lehetőség, ezáltal is növekedjen a hazai egészségipar,
- a korszerűbb egészségügyi ellátó rendszer képes lesz a kutatási eredmények kipróbálására és a fejlesztések gyors befogadására,
- az egészségügyi ágazat a nemzetgazdaság egyik legnagyobb foglalkoztatója, amely a nemzetközi összehasonlítások alapján még jelentősen bővíthető Magyarországon is.

4. Külföldi példák és tapasztalatok a szív és érrendszeri betegségek okozta társadalmi teher csökkentésére

A Nemzeti Program tervezésekor áttekintettük a rendelkezésre álló nemzetközi mintákat, a népegészségügyet is érintő vizsgálatokat, számbavettük az ezekből felhalmozódott tapasztalatokat azért, mert az egyes lehetséges hazai teendők hangsúlyozásához és eredményességének megítéléséhez fontos bizonyítékokat nyújthattak. A Nemzeti Program ismertetése előtt röviden, összefoglaló jelleggel bemutatjuk e vizsgálatokat a hazai program áttekintése és a megértés megkönnyítése érdekében.

4.1 Megfigyeléses vizsgálatok

A szív és érrendszeri betegségek okozta halálozás vezető halálok a legtöbb fejlett ország népessége körében. Ezek kialakulásáról, az azt elősegítő körülményekről és a kockázati tényezőkről manapság bőséges tudással rendelkezünk, amely tudást elsősorban a megfigyeléses kutatási programok és vizsgálatok eredményeiből halmoztuk fel.

Framingham-vizsgálat (Framingham Study)

A hosszú távú követéses vizsgálatok közül a legelső és máig legnagyobb jelentőségű az 1948-ban indult Framingham Szívvizsgálat (Framingham Heart Study), amely a keringési (szív és érrendszeri) betegségek közös jellemzőit, illetve háttértényezőit kívánta vizsgálni.

Az eredeti, 5209 fős vizsgálati csoportot Massachusetts állam Framingham nevű kisvárosának lakosai, a 30 és 62 év közötti férfiak és nők alkották. A kutatás orvosi vizsgálatlaltal és az életmódra vonatkozó kérdőív felvételével kezdődött, amelyet laborvizsgálatokkal kiegészítve két évente ismételték. 1971-ben a vizsgálatot kiterjesztették további 5124 személyre (az eredeti résztvevők felnőtt gyermekeire és azok házastársaira). A vizsgálatban kapcsolatot kerestek a

4. Külföldi példák és tapasztalatok

keringési betegségek előfordulása, valamint a különféle életmódi és egyéb tényezők között.

A Framingham-vizsgálatban sikerült azonosítani a szív és érrendszeri betegségek legfontosabb kockázati tényezőit: a magas vérnyomást, a magas vérzsírszintet, a dohányzást, az elhízást, a cukorbetegséget és a mozgásszegény életmódot. Ezen túlmenően más tényezők, így a vér triglicerid- és HDL-koleszterin-szintjének, az életkornak, nemnek, valamint pszichoszociális tényezőknek szerepére is fény derült. E vizsgálati megállapításokat azóta más vizsgálatok is megerősítették. A legfontosabb megállapítások:

- 1960. A dohányzás fokozza a szívbetegség előfordulásának kockázatát.
- 1961. A koleszterinszint, a vérnyomás és az EKG-eltérések összefüggenek a szívbetegség kockázatával.
- 1967. A fizikai aktivitás csökkenti, az elhízás fokozza a szívbetegség kockázatát.
- 1970. A magas vérnyomás növeli a szélütés kockázatát.
- 1976. A menopauza fokozza a szívbetegség kockázatát.
- 1978. Pszichoszociális tényezők befolyásolják a szívbetegségek előfordulását.
- 1988. A magas HDL-koleszterin-szint csökkenti a halálozás kockázatát.
- 1994. A bal kamra megnagyobbodása fokozza a szélütés kockázatát.
- 1996. A magasvérnyomás-betegség előrehaladása szívélegtelenséghez vezet.

Hét ország vizsgálat (Seven Countries Study)

Az 1940-es években vetették fel először, hogy a táplálékkal elfogyasztott zsírmennyiség összefüggésben lehet az érlemeszesedéssel és az azzal kapcsolatos szív és érrendszeri betegségekkel. A vizsgálat feltételezése az volt, hogy a szívinfarktus és a szélütés (stroke) különböző országok lakosságaiban megfigyelt gyakorisága összefüggést mutat az emberek fizikai jellemzőivel és életmódjával, elsősorban a táplálkozással, azon belül is a táplálék zsírtartalmával. 1958-ban indult és 1970-ig tartott a vizsgálat, amely hét ország 18, főleg vidéki régiójában összesen több mint 12 000, 40–59 éves férfira terjedt ki.

A vizsgálat 1970-ben közölt eredménye szerint a telített zsírokat kis mennyiségben tartalmazó diétát fogyasztók körében a szérumszén-szint alacsony, míg a telített zsírokban gazdag diétát fogyasztókra magas koleszterinszint jellemző. Nagyon szoros összefüggést mutatattak ki a telített zsírfogyasztás és az öt éven belüli koszorúér betegség okozta halálozás között. A telített zsírok fogyasztása és a koszorúér-betegség között fennálló összefüggést a 25 éves követés adatai is igazolták.

4. Külföldi példák és tapasztalatok

A MONICA Projekt

A MONICA Projekt az 1980-as évek elején indult az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szervezésében azzal a céllal, hogy a keringési betegségek előfordulásában és halálzásában megfigyelhető, illetve azok kockázati tényezőire és orvosi ellátására vonatkozó tendenciákat kövesse. Ebben a nemzetközi adatgyűjtő programban 21 ország 32 együttműködő központja vesz részt. (A koszorúér-betegségek regisztrációja a részt vevő központok számára kötelező, az agyér-betegségeké választható.)

Az 1990-es évek közepén lezárult tízéves időszak során, több mint hétmillió, 35–64 éves férfi és nő adatait gyűjtötték össze. A kockázati tényezők és a betegség kialakulása között eltelt idő elemzése mutatta, hogy a koszorúér-betegségek kialakulása összefügg a kockázati tényezők gyakoriságának változásával. Mivel ez csak 50%-ban magyarázza a koszorúér-betegség gyakoriságában bekövetkezett változást, felmerül egyéb, nem ismert vagy nem vizsgált kockázati tényezők szerepe is. Az akut ellátás és a másodlagos megelőzés javulásával azonban jelentősen csökkent a koszorúér-betegség és halálzás előfordulása.

4.2 Közösségi vizsgálatok a koszorúér-betegségek kockázati tényezőinek csökkentésére

A szív és érrendszeri betegségekre irányuló közösségi megelőző vizsgálatok az 1970-es évek elején indultak, a Stanford Három Közösség Vizsgálattal és az Észak-Karélia projekttel. E vizsgálatok eredményei alapján számos hasonló megelőző program indult sok országban.

Stanford Három Közösség Vizsgálat (Stanford Three Community Study)

A Stanford Három Közösség Vizsgálat 1972-ben indult, és arra szolgált bizonyítékkal, hogy a keringési betegségek szempontjából magas kockázatú csoportoknál tömegközlési eszközök és személyes tanácsadás révén kedvező változásokat lehet elérni a szívbetegségek kockázati tényezőinek előfordulásában.

Stanford Öt Város Projekt (Stanford Five City Project, FCP)

A Stanford Öt Város Projekt a Stanford Három Közösség Vizsgálat eredményeire támaszkodva indult azon feltételezés alapján, hogy a közösségi egészségnevelési programok képesek csökkenteni a keringési betegségek kockázati tényezőit, valamint a megbetegedéseket és a halálzásokat.

4. Külföldi példák és tapasztalatok

A program 1980 és 1986 között két észak-kaliforniai városban, mintegy 120 ezer lakos számára nyújtott egészségneveléssel kapcsolatos információkat tömegközlelési eszközök révén; ezen kívül a helyi lakosság bevonásával is szerveztek tömegkommunikációs programokat, illetve személyes találkozásokon alapuló egészségnevelési alkalmakat. Kalifornia északi és középső részén három másik város képezte a kontrollcsoportot.

A projekt kezdete előtt (1979), befejeződésekor (1986), majd azt követően három évvel (1989) a városok 25–74 éves lakosai körében vizsgálták az egészséggel kapcsolatos tudásukat és felmérték az egészségi állapotukat.

A hosszú távú követés eredménye szerint a beavatkozással érintett városokban a nők szignifikánsan többet tudtak a keringési betegségekről, és körükben kisebb volt a koszorúér-betegség kockázata, mint a kontroll városokban.

Észak-Karélia Projekt (North Karelia Project)

Az Észak-Karélia Projekt 1972-ben indult azzal a céllal, hogy Finnországnak ebben a keleti tartományában csökkenjen a keringési betegségek okozta halálozás gyakorisága.

A program közösségi alapon szerveződött és zajlott, amelynek jelként a program tervezésében és irányításában, valamint megvalósításában jelentős szerepet kaptak a tartomány lakosságának képviselői (az érintett közösség tagjai, a tartomány lakosai, a tartományban működő tisztiorvosok, az egészségügyi intézmények orvosai, ápolónői, védőnői, a civil szervezetek tagjai).

A tartományban dolgozó minden védőnőt és orvost felkérték arra, hogy fordítson figyelmet betegeinek kockázati tényezőire és segítsen azokat módosítani. A falvak vezetői a projekt segítőivé váltak; a munkahelyek számos program színtereként szolgáltak, az országos tévéműsorok célzottan foglalkoztak a dohányzással és az egészséggel kapcsolatos tudnivalókkal, a falvak és iskolák között koleszterinszint-csökkentő versenyeket szerveztek.

1972 és 1992 között ötvenként végeztek felmérést a különféle kockázati tényezők gyakoriságának követésére. A program az első évtizedben nagyon sikeresnek bizonyult. Míg 1972-ben a népesség 90%-a használt vaját, 1992-ben ez az arány már csak 15% volt; a zöldség- és gyümölcsfogyasztás az 1972-es 20 kg/főről 1992-re 50 kg/főre emelkedett. A dohányzás elterjedtsége nagymértékben csökkent a férfiak körében, míg a nők esetében emelkedett.

A keringési betegségek okozta halálozás a 35–64 éves férfiak körében 1992-re, a program utolsó évére igen jelentősen, az 1972-es értékhez képest 57%-kal csökkent Észak-Karéliában. Fontos azonban megemlíteni, hogy ugyan ezen időszak alatt a keringési betegségek okozta halálozás Finnország egészét tekintve is hasonló mértékben csökkent (52%). Ezzel szemben a daganatos halálozás nagyobb mértékben csökkent Észak-Karéliában, mint országosan.

4. Külföldi példák és tapasztalatok

Minnesota Egészséges Szív Program (Minnesota Heart Health Program)

Az 1980-1990 között zajlott vizsgálat célja annak tanulmányozása volt, hogy hosszú távú egyéni, kiscsoportos és közösségi beavatkozások miként hatnak az egészségmagatartásra és a kockázati tényezőkre (koleszterinszint és a vérnyomás lakossági átlaga, dohányzás, fizikai aktivitás gyakorisága), illetve végső soron a keringési betegségek okozta megbetegedések gyakoriságának és az általuk okozott halálozás csökkentésére.

Összesen mintegy négyszázezer, 30-74 éves férfi és nő került a vizsgálatba. Az egyénekre és közösségekre irányuló kiscsoportos, egyéni és a tömegközlési eszközök közvetítésével zajlott egészségnevelési programok, valamint a legfontosabb kockázati tényezők szűrésének célja a magas vérnyomás megelőzése és kezelése, az egészséges táplálkozás, a dohányzásról való leszokás és a rendszeres mozgás elősegítése volt; a programok a közösségtől függően 5-6 évig tartottak.

Az eredmények szerint a kockázatcsökkentésre irányuló akciók ismertsége a beavatkozással érintett közösségekben egy, illetve három év után lényegesen nagyobb volt, mint a kontrollcsoportokban – az ötödik és hatodik évben azonban már nem. A koszorúér-betegség kockázata mindkét közösségben egyformán csökkent.

4.3 Véletlen besorolású, ellenőrzött vizsgálatok a koszorúér-betegségek legfontosabb kockázati tényezőinek egyidejű csökkentésére

Az előzőekben ismertetett, az 1970-es években indult közösségi programok mellett számos egyéb vizsgálat is történt annak kiderítésére, hogy a keringési betegségek kockázati tényezőinek csökkentésére irányuló, egészség-nevelési módszereket alkalmazó akciók milyen mértékben befolyásolják ezen betegségek előfordulását.

Egészségügyi Világszervezet Gyárvizsgálat (WHO Factory Study)

Belgium, Olaszország, Lengyelország, Spanyolország és Nagy-Britannia 44 párba állított gyárában dolgozó, 40-59 éves férfiakat válogattak be a vizsgálatba.

A 63 ezer főből a beavatkozásra kiválasztott gyáraknál a vizsgálat kezdetén minden, a korosztályba tartozó férfinál szív és érrendszeri állapotfelmérés történt, melynek alapján magas kockázatú csoportokat hoztak létre.

4. Külföldi példák és tapasztalatok

A kockázati tényezők csökkentésére általános kampányt szerveztek posztterek, szórólapok, személyre szóló levelek, csoportmegbeszélések, a diétára, testmozgásra, dohányzásról való leszokásra vonatkozó életmód-tanácsadás formájában.

A nagy kockázatúak ezen túlmenően egyéni tanácsadásban is részesültek, és időközönként ellenőrizték az állapotukat, a magasvérnyomás-betegségben szenvedők gyógyszeres kezelést is kaptak. A kontrollcsoportot képező gyárakban a férfiak 10%-ánál volt az induláskor állapotfelmérés, amelyet kétévenként ismételték. Az összhalálozás és a koszorúér-betegség okozta halálozás kockázata a kontroll- és a vizsgálati csoportban megegyezett a vizsgálat végén.

Göteborg vizsgálat (Göteborg / Gothenburg study)

Az 1970 és 1983 között zajlott vizsgálat célja az volt, hogy a szív és érrendszeri kockázati tényezők populációs szintű csökkentésének lehetőségét megvizsgálja. A vizsgálatba Göteborg város mintegy 30 ezer, 47–55 év közötti férfi lakosát vonták be, akik közül véletlenszerűen 10 ezret a beavatkozási csoportba soroltak be. A beavatkozási csoportnál a beavatkozás a rendszeres vérnyomás-ellenőrzést, a kiscsoportos diétás tanácsadást és a dohányosokat a dohányzásról leszoktató programot jelentette.

A tízéves követés során a vérnyomás, a szérumkoleszterin-szint és a dohányosok aránya is csökkent a beavatkozási csoportban, azonban ez a mértékű csökkenés azonban a kontrollcsoportban is bekövetkezett, és a két csoport között a bekövetkezett változás nem volt különböző. Nem találtak jelentős különbséget a két csoport között a koszorúér-betegség előfordulásában, a szélütés okozta halálozásban és az összhalálozásban sem a követés 12 éve alatt.

Oslo vizsgálat (Oslo Study)

A vizsgálat célja annak megállapítása volt, hogy az emelkedett vérzsírszint csökkentése diétával és a dohányzás tartós elhagyása, csökkenti-e a koszorúér-betegség első előfordulását. 1232, 40–49 éves, koszorúér-betegség szempontjából magas kockázatú férfit vontak be az öt évig (1973–1978) tartó vizsgálatba. Véletlenszerűen sorolták be a betegeket két csoportba. Az egyik csoportban egyéni diétakövetés és diétás tanácsadás történt, illetve a dohányosok a leszokásra vonatkozó tanácsokat is kaptak, és félévenként ellenőrizték őket. A kontrollcsoport tagjait évente vizsgálták.

A beavatkozási csoportban öt év után jelentősen, 17%-kal csökkent a koleszterinszint a kezdeti átlagértékhez képest, és ez 13%-kal volt alacsonyabb, mint a kontrollcsoportban. A dohányzás gyakorisága 45%-kal nagyobb mértékben csökkent a beavatkozási csoportban, sőt a kontrollcsoportéhoz képest jelen-

4. Külföldi példák és tapasztalatok

tőss mértékben csökkent a halálos és nem halálos kimenetelű szívinfarktus, valamint a hirtelen halál előfordulása is.

Több kockázati tényezőre irányuló intervenció vizsgálat (Multiple Risk Factor Intervention Trial, MRFIT)

A vizsgálat célja az volt, hogy milyen mértékben csökkenti a koszorúér-betegség okozta halálozást egy olyan beavatkozási program, amely egyszerre több kockázati tényező befolyásolására törekszik. Ennek érdekében történt a vizsgálat 1973–1982 között, több mint 12 ezer, 35–47 év közötti, magas kockázatú férfi bevonásával. A legrövidebb követési idő 6 év, az átlagos követési idő pedig 7 év volt.

Az eredmények szerint a diasztolés vérnyomás, a dohányzás gyakorisága és a szérumkoleszterin-szint is alacsonyabb volt az intervenció csoportban a kontrollcsoporthoz képest, a követési periódus minden évében. A koszorúér-betegségek okozta halálozás a hétéves követés végén azonban nem különbözött a két csoportban.

Finn üzletemberek vizsgálat (Finnish Businessmen Study)

Az 1974–1980 között zajlott vizsgálatba 1222, 40–55 év közötti egészséges, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel bíró, vezető pozícióban lévő férfit vontak be. Az egyik csoportban lévők részletes szóbeli és írásbeli diétás tanácsokat, illetve fokozott fizikai aktivitásra és a dohányzásról való leszokásra vonatkozó ajánlásokat kaptak. Ez a személyes tanácsadás és vizsgálat négyhavonta ismétlődött.

Az ötéves beavatkozási periódus végén az intervenció csoportban szignifikánsan magasabb volt a vérnyomáscsökkentő, illetve a koleszterin- és trigliceridszintet csökkentő gyógyszeres kezelésben részesülők aránya, a kontrollhoz csoporthoz képest.

Oxcheck vizsgálat (Oxcheck Study)

Az 1989–1992 között folytatott vizsgálat célja az volt, hogy megvizsgálja az alapellátásban (körzetben) dolgozó ápolónők által végzett egészségfelmérés és tanácsadás hatékonyságát a szív és érrendszeri kockázati tényezők csökkentésére. A kísérlet több mint 11 000, 35–64 éves férfi és nő bevonásával indult. Az ápolónők megbeszélték az életmód-változtatás szükségességét, és a dohányzásra és diétára vonatkozó információkkal is ellátták őket.

4. Külföldi példák és tapasztalatok

Az adatok elemzése szerint a tanácsadást kapó csoportban a kockázati tényezők közül a szérumkoleszterin-szint és a vérnyomás szignifikánsan csökkent a kontrollértékekhez képest. A vérnyomás csökkenését a kutatók nem a beavatkozásnak, hanem a vizsgálat által kiváltott stresszhez való hozzászokásnak tulajdonították. A dohányzás gyakoriságában a két csoport közt nem volt eltérés. A négy év alatt sem az összhalálozás, sem a koszorúér-betegség okozta halálozás tekintetében nem volt különbség a két csoport között.

Összefoglaló értékelés

A tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás (Evidence Based Medicine, EBM) nemzetközi központja, a Cochrane kutató és értékelő csoport az összes vizsgálat értékelésével állásfoglalást készített a szív és érrendszeri betegségek többszörös kockázati tényezőinek befolyásolására irányuló beavatkozások eredményességéről.

Véleményük szerint az alkalmazott beavatkozások a halálozásra nincsenek hatással. A személyes vagy családi tanácsadás és egészségnevelés hatékonyabban csökkenti a kockázati tényezők gyakoriságát és a halálozást.

Megállapítják azonban, hogy a vizsgálatokban a beavatkozások kicsi, de feltételezhetően fontos hatását (például a koszorúér-betegség okozta halálozás kb. 10%-os csökkenését) esetleg nem tudták kimutatni.

5. A Nemzeti Program leírása

„A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA”-nak alapvető célkitűzése a magyarországi lakosság egészségi állapotának javítása és az egészség értékévé válásának elősegítése a szív és érrendszeri betegségek, anyagcsere- és vesebetegségek elsődleges és másodlagos megelőzésével, illetve e betegségek magas szintű gyógyítása és rehabilitációja a területi és szolgáltatásbeli egyenlőtlenségek csökkentésével és egyéb költség-hatékony megoldásokkal.

„A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA” a Nemzeti Népegészségügyi Program alap gondolataival harmonizálva, annak alprogramjaival integrálva, az Egészségügyi Fejlesztés-Politikai Konceptió stratégiájára alapozva kívánja megvalósítani a szív és érrendszeri, anyagcsere- és vesebetegségek népegészségügyileg kiemelt és integrált, multidiszciplináris, társadalmilag is fontos területét a Nemzeti Fejlesztési Tervben (az Országos Fejlesztéspolitikai Konceptióban), annak egészségügyre vonatkozó koncepciójával teljes összhangban.

A Nemzeti Program azt foglalja össze, hogy milyen módon kell átalakítani a szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának szervezését, működését, hogy csökkenjen a megbetegedések száma, a megbetegedések okozta életévvesztesség és életminőség-vesztesség, váljék általánossá az egészségtudatos viselkedés (mozgás, táplálkozás), javuljon a szűrések hatékonysága, legyen eredményesebb a kiszűrt betegek gondozása, minőségileg is változzon a gyógyítás és rehabilitáció feltételrendszere.

A Nemzeti Program megvalósulásának várható eredménye, hogy

1. Csökken a szív és érrendszeri betegségek gyakorisága és csökken az általuk okozott halálozás, az elvesztett életévek száma. Javul az esélyegyenlőség és a születéskori várható életévszám férfiaknál és nőknél három évvel nő.
2. Változik az életmód (csökken a dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, mozgásszegénység), és ennek hatására a későbbi életkorban vagy mérsékeltabb formában jelennek meg a szív és érrendszeri megbetegedések, illetve azok kockázatai.
3. Csökken az orvosi beavatkozásokkal befolyásolható halandóság, szervkárosodás (csökken az szívinfarktus, stroke gyakorisága és a rokkantak száma), javul az életminőség és növekszik a minőségi életévek száma.
4. Növekszik az ismert, jól kezelt szív és érrendszeri betegek aránya, és 5%-kal csökken a nagy szív és érrendszeri kockázattal bíró lakosok előfordulása. Növekszik az eredményesen rehabilitált betegek száma.
5. Csökken a kora- és kissúlyú újszülött arány, ennek következtében a fiataloknál és a középkorúaknál csökkent a szív és érrendszeri betegségek gyakorisága, valamint javul a termékeny korban lévő nők egészségi állapota.

5.1 A Nemzeti Program koncepciója

A magyarországi halálozás több mint ötven százalékáért felelős szív és érrendszeri kockázat és betegségek gyakoriságának csökkentésére nem elegendes csak az egészségügy hatékony tevékenysége. Az egészségfejlesztés és a hatékony megelőzés társadalmi közmegegyezést kíván, amely alapján az egészségesek számára is érték lesz a betegség megelőzése, illetve a betegek számára aktív feladat lesz a gyógyulásban való részvétel (20. ábra).

Elsődleges tehát az egészségfejlesztés (egészségnevelés, egészségmegőrzés), amely a Nemzeti Program kiemelt része. A Nemzeti Program minden részterületén és folyamatosan részt kíván venni a lakosság egészségügyi informálásában, bevonva és hangsúlyozva az iskola-egészségügyet, a öröskereszt és más civil egészségügyi szervezetek aktivistáit, a kortárs oktatókat, a pedagógusokat, valamint a foglalkozás-egészségügyet és a teljes elektronikus, olvasható és nézhető médiát, a könyvkiadást és a tájékoztatók kiadását.

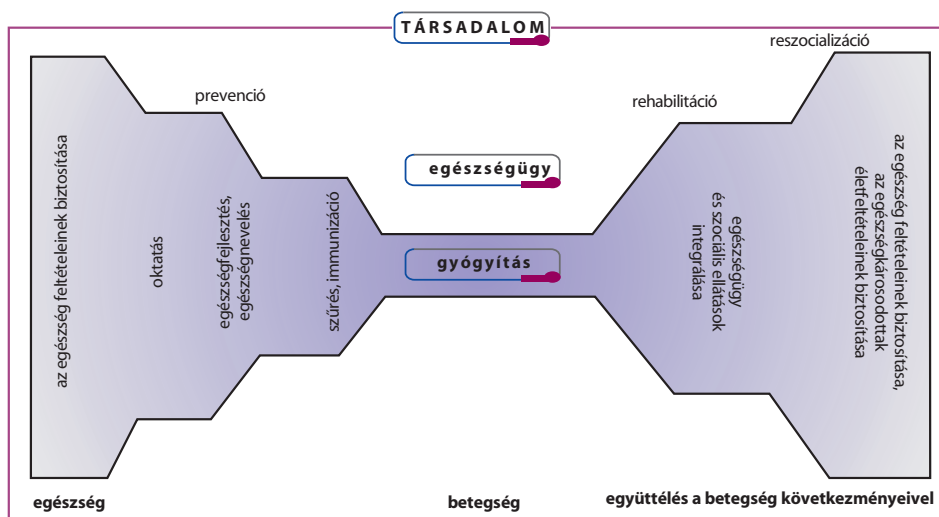
Speciális kapcsolatot kíván kialakítani a civil szervezetekkel, az egészségmegőrzés szakmai ismeretanyagának átadásával, előadások és megbeszélések biztosításával a civil és ismeretterjesztő fórumokon. Az egészséges életmód,

5. A Nemzeti Program leírása

táplálkozás és mozgás, valamint a dohányzás és az alkoholfogyasztás elleni tevékenység programjaihoz is csatlakozni, azokat támogatni és felhasználni kívánja a program, társadalmasítva az egészségmegőrzést. A Nemzeti Program e része teljes egészében integrált a Nemzeti Népegészségügyi Programmal.

A betegségmegelőzés és korai felismerés a szív és érrendszeri szűrővizsgálatok elvégzésével is történhet, mely szűrővizsgálatok teljes körű megszervezését és szakmai koordinálását a Nemzeti Program biztosítani kívánja minden szív és érrendszeri kockázatot és betegséget vizsgáló és ellátó szakma vonatkozásában, az alapellátás és kistérségek szintjén, a Kistérségi Községi Központok egészségfejlesztési, egészséginformatikai funkciójának kialakításával. A szűréseken szükséges vizsgálatokat és az elérendő célértékeket a II. Magyar Terápiás Konszenzus Konferencia határozta meg, melynek összefoglalása a 3. mellékletben látható. A szív és érrendszeri kockázattal rendelkező, de még tünetmentes egyéntől a nagyon nagy kockázatú szív és érrendszeri betegségben szenvedőig tartalmazza az elérni kívánt célértéket, a kockázat megállapításához szükséges vizsgálatokat és a lehetséges beavatkozások szakmai irányelveit.

Az esélyegyenlőséget is biztosító stratégiai egészségügyi fejlesztésekhez jelenleg regionálisan, de kistérségi szinten is hiányoznak a szív és érrendszeri betegségek és az általuk okozott halálozás, valamint megbetegedési gyakoriságának az ismerete. A szív és érrendszeri epidemiológiai, kockázati adatok felvétele és szakértői feldolgozása alapvető a Nemzeti Program működése szempontjából. Ezért a Program kapcsolódik és együttműködik az epidemiológiai hálózat kistérségi és regionális kialakításának programjához. A pontos epidemiológiai ada-



20. ÁBRA

A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA működési szinterei és feladatai

tok biztosításával kialakítható a Nemzeti Programon belül a szűrővizsgálatok területi tervezése és a gyógyító munkahelyi, regionális és országos stratégiája.

A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI MEGBETEGEDÉSEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA előrehaladását, a kitűzött célok megvalósulását megfelelő indikátorok segítségével szükséges monitorozni. Az adatok nemzetközi összehasonlíthatósága érdekében az Európai Unióban kifejlesztett átfogó, illetve specifikusan a szív és érrendszeri megbetegedésekre és azok ellátására vonatkozó indikátorok használata javasolt. Az ECHI (European Community Health Indicators) keretén belül az Európai Unió lakosságának egészségi állapotát és az azt meghatározó tényezőket leíró, egységes indikátorlisták készültek. Az ECHI felhasználja az egyes speciális területek monitorozását célzó ajánlásokat, így a szív és érrendszeri megbetegedések (EUROCISS), valamint a cukorbetegség (EUDIP) epidemiológiai leírására alkalmas indikátorokat. A nemzetközi ajánlások alapján a Nemzeti Program monitorozásához nemcsak az egészségi állapotot leíró, de az azt meghatározó más tényezőkre (demográfia és társadalmi-gazdasági tényezők, egyéni biológiai és kockázati tényezők) és az egészségügyi beavatkozásokra (egészségügyi ellátás és egészségfejlesztés) vonatkozó indikátorcsoportok figyelembevétele és alkalmazása szükséges.

A Nemzeti Program egységes adatkezelést kíván megvalósítani és egységes adatbázist kíván létrehozni a különböző szakmákon belüli kockázateértékelésnél, az epidemiológiai, valamint az indikátorértékek adatgyűjtésénél. A Program fel kívánja használni az informatikai fejlődés és fejlesztés e-egészségügyre vonatkozó részét és az információs társadalmi fejlődés teljes eszközrendszerét (pl. elektronikus adatlap, kórlap, Egészség-kártya).

Az alapellátásban a megfelelő tevékenységszintek kialakításával, a kapuőr szerep kiemelésével, valamint az egészségfejlesztés és a primer és szekunder prevenció egyik helyszíne jelölhető ki. A háziorvosi rendelő és a kapcsolódó civil közösségi színterek a Kistérségi Községi Központ részeként biztosíthatják az epidemiológiai adatgyűjtést és egészségismeretek közvetítését. A Nemzeti Program terve alapján a Kistérségi Községi Központokban kialakítható az alapellátás szakmai és ellátási integrált egysége, működését a létrehozandó Regionális Alapellátási Központok szakmai támogatása segíti. A Nemzeti Program e ponton kapcsolódik a regionális, kistérségi strukturális egészségügyi átalakítások tervéhez, az alapellátás reformjához, valamint a regionális egészségügyi tanácsok munkájához.

A belgyógyászat speciális területein – a magasvérnyomás-, cukorbetegség, perifériás érbetegség, zsíryanycsere-zavar, elhízás, vesegyógyászat és szívgyógyászat –, valamint az ideggyógyászat (stroke) területén dolgozó szakembereknek – elsősorban a járóbeteg-szakellátás (szakambulancia, szakrendelés) területén a konzultáns feladatok és a gyógykezelés irányítása, valamint az egészségfejlesztés során – együttműködniük kell a háziorvossal. Ugyanakkor egymással is szorosabb és integráltabb működésben kell dolgozniuk a minőségi betegellátás érdekében. Ezen feladat megvalósítása érdekében a Nemzeti Program ÉRRENDSZERI KÖZPONTOKAT és azok Hálózatát kívánja létrehozni.

5. A Nemzeti Program leírása

Az ÉRRENDSZERI KÖZPONT egy burok-elv alapján a szakmai alapon integrált rendszer ellátó és irányító szintje, egyben a szív és érrendszeri megelőzés és betegellátás komplex ellátó intézménye. Első lépésben a szakmai együttműködés, második lépésben pedig a térben is egy helyre kerülés a terv.

A Nemzeti Program megalkotásakor a Nemzeti Fejlesztési Terv pólus-fejlesztési koncepciója alapján felmérésre került az országos elhelyezkedés (regionális, megyei) szerinti jelen helyzet a különböző szakmák vonatkozásában. A Centrum és Decentrum besorolás a jelenlegi szakmai állásfoglalások alapján történt (2. táblázat).

Ennek alapján a Nemzeti Program meghatározza a fejlesztés további lehetőségét, amely egyes helyeken a teljes és komplex ellátás megteremtését jelenti (invazív és neminvazív diagnosztikai és ellátási lehetőségek, máshol csak egyes szakmák létesítését eredményezi az ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK létrehozásakor.

Ezek alapján csökken a felesleges betegutak száma és hossza, esélyegyenlőség érvényesül, az ellátás minősége nő, ugyanakkor lehetővé válik a betegellátás szintézise. Ez a magasvérnyomás-, koszorúér-betegség, szívelégtelenség, agyér-betegség, perifériás érbetegség, cukorbetegség, zsíryanycsere-betegség, elhízás, vesebetegség és terhes járó- és fekvőbeteg-szakellátását jelenti, a rehabilitáció egy részét is jelentő gyógytornász, logopédus és dietetikus szakellátás biztosításával, az alapellátással és a sürgősségi ellátással együttműködve. Ugyancsak együttműködés kialakítása szükséges a jelentős szív és érrendszeri kockázatú gyermekeket ellátó hálózatokkal (zsíryanycsere-zavar, elhízás).

Mindehhez kapcsolódik a kistérségi és regionális egészségfejlesztő tevékenység, valamint epidemiológiai hálózat, illetve várandós/terhes gondozás hálózata. Az alapellátás Regionális Központjai az ÉRRENDSZERI KÖZPONTOKKAL együttműködve, az egyetemekhez, a regionális vezető intézményekhez integrálva működnek.

A szakmai ellátáshoz elengedhetetlen, hogy a sürgősségi ellátás a szükséges időn belül elérhető legyen, amely az alapellátáshoz hasonló kapuőri és speciális feladatokat is ellát. Az önállóan szerveződő Sürgősségi Ellátás Nemzeti Programjához kapcsolódóan az ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK-ban szervezhető a szív és érrendszeri „sürgősségi ellátó rendszere”, amely az invazív kardiológiai ellátást, az intenzív stroke- és anyagcsere-ellátást, illetve az akut veseelégtelenség ellátását jelenti.

A fekvőbeteg-ellátásban a szív és érrendszeri betegségek ellátását az ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK fekvőbeteg-egységén (osztály, részleg, mátrix), a betegellátás súlyossági szintjének megfelelően kell elvégezni. Az ellátás legmagasabb szintjét a regionális intézmény-centrumok (egyetemek, egyetemekkel azonos rangú vezető regionális kórházak) jelentik, amelyek működéséhez az ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK országos hálózata integrálódik.

A Nemzeti Program lehetőséget jelent a szív és érrendszeri betegségek okozta rokkantság ellátásának, rehabilitációjának és otthon ápolásának kialakítására a civil szervezetek és alapítványok együttműködésével. Ez az ÉRREND-

5. A Nemzeti Program leírása

2. TÁBLÁZAT

A ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK rendszerének jelenlegi állapota a pólusfejlesztés helyein

	KARD	STR	ANG-ERS	NEPH	SÜRG	HT	DM	LIP-OBES
Közép-Magyarország								
Észak-Buda Sz. János Kh.	C	C	Dc	–	–	C	C	Rk-Rk
Dél-Buda Sz. Imre Kh.	–	C	C	C	van	C	C	Ok-Ok
Dél-Pest Jáhn F. Kh. + Cegléd	–	C	Dc	–	van	–	C	Rk-
Kelet-Pest Flór F. Kh.	–	C	Dc	Dc	van	–	C	–
Észak-Pest Uzsoki Kh. + Vác	–	–	Dc	Dc	van	–	C	–
Közp. kerületek „Nagyvárad téri Centrum”	C m GGOKI	C-Istv	Dc-Istv	Dc-Istv	–	–	C	Rk-
Semmelweis Egyetem	C m	C	C	C, Tx	–	C	C	Ok, rk-Ok
Észak-Magyarország								
Salgótarján	Dc	C	Dc	Dc	van	–	C	–
Eger	Dc	C	Dc	Dc	van	Dc	C	–
Miskolc	C k	C	C	C	–	–	C	Rk-
Észak-Alföld								
Nyíregyháza	C	C	C	C	van	C	C	Rk-Rk
Debrecen (E)	C m	C	C	C, Tx	van	C	C	Ok-Ok
Szolnok	C k	C	Dc	Dc	van	Dc	C	Rk-Rk
Dél-Alföld								
Kecskemét	Dc	C	Dc	Dc	van	Dc	C	Rk-Rk
Békéscsaba	Dc	C	–	Dc	van	–	C	Rk-
Hódmezővásárhely	Dc	–	–	Dc	–	–	C	–
Szeged (E)	C m	C	C	C, Tx	van	C	C	Rk-
Dél-Dunántúl								
Székesvárd	Dc	C	Dc	Dc	–	–	C	–
Kaposvár	Dc m	C	Dc	Dc	van	–	C	–
Pécs (E)	C m	C	C	C, Tx	–	C	C	Rk-Rk

5. A Nemzeti Program leírása

2. TÁBLÁZAT (folytatás)

A ÉRRENDSZERI KÖZPONTOK rendszerének jelenlegi állapota a pólusfejlesztés helyein

	KARD	STR	ANG-ERS	NEPH	SÜRG	HT	DM	LIP-OBES
Nyugat-Dunántúl								
Nagykanizsa	Dc	–	Dc	Dc	–	–	C	–
Zalaegerszeg	C	C	Dc	Dc	–	–	C	–
Szombathely	C k	C	Dc	C	van	C	C	Rk-Rk
Sopron	C	–	–	Dc	–	–	C	Rk-
Győr	C k	C	C	C	–	C	C	Rk-Rk
Közép-Dunántúl								
Tatabánya	Dc	C	Dc	Dc	–	–	C	Rk-
Veszprém	Dc	C	Dc	Dc	–	–	C	Rk-Rk
Székesfehérvár	Dc	C	Dc	Dc	van	Dc	C	Rk-Rk
Dunaújváros	–	Dc	–	Dc	van	–	Dc	–
Egyéb								
Bp. OGYK	C k	–	–	–	–	Dc	C	Rk-Rk
Bp. Bajcsy Kh.	C k	–	Dc	Dc	–	Dc	C	Rk-Rk
Bp. Péterfy Kh.	–	C	Dc	Dc	van	Dc	C	Rk-Rk
Bp. BM Kórház	–	–	Dc	–	–	Dc	C	Rk-Ok
Bp. MÁV Kórház	–	–	Dc	–	van	Dc	C	–
Bp. Honvéd Kórház	–	–	Dc	Dc	van	–	C	Rk
Bp. OPNI	–	C	–	–	–	Dc	–	–
Gyula	–	–	Dc	Dc	–	Dc	C	Rk
Esztergom	–	–	–	Dc	van	Dc	C	–

Rövidítések:

C = centrum, Dc = decentrum, Tx = transzplantációs központ, HT = hypertonia, KARD = kardiológia, STR = stroke, neurológia, DM = diabetológia, ANG = angiológia, LIP = lipidológia, OBES = obezitológia, NEPH = nefrológia, SÜRG = sürgősség, (E) = egyetem, ok = országos központ, Rk = regionális központ

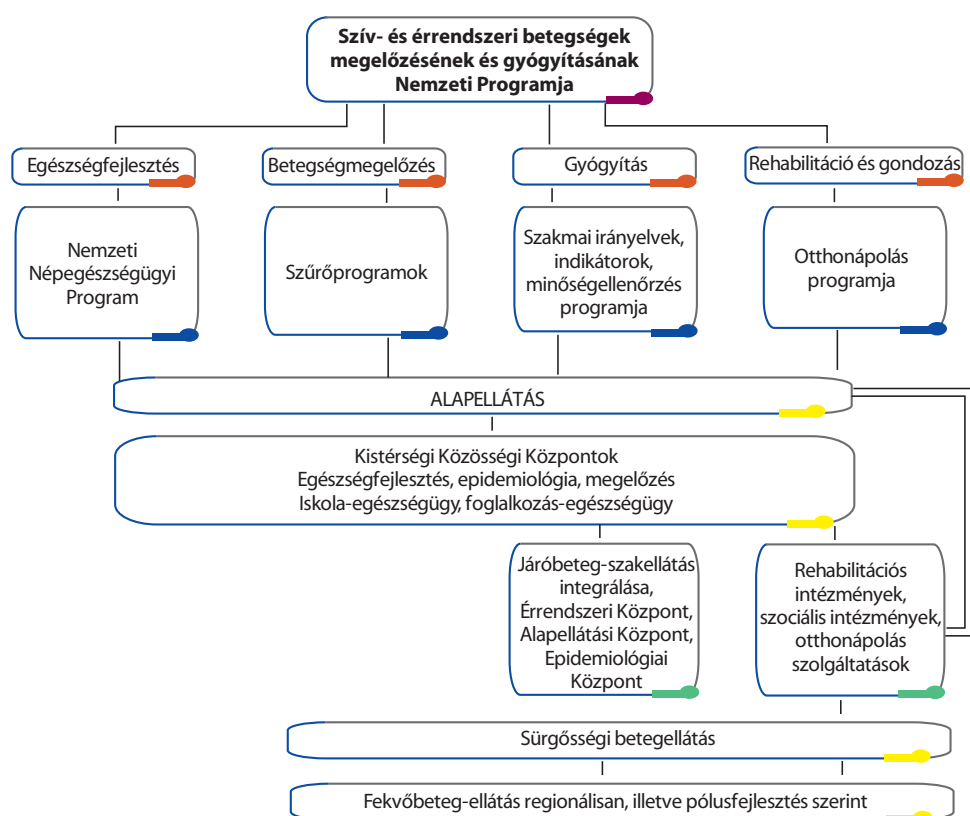
5. A Nemzeti Program leírása

SZERI KÖZPONTOK-hoz integrálódó – a nemzeti rehabilitációs programmal együtt működő – rehabilitációs központok létrehozását, az otthonápolás rendszerének továbbfejlesztését, valamint a rehabilitációs munkahelyek és (szociális) ellátó otthonok, intézmények létrehozását és működtetését jelenti.

A cél a népesség egészségi állapotának javítása a sport segítségével is, egyrészt az egészség megőrzése érdekében sportaktivitás növelésével, másrészt fontos feladat a már megromlott egészségi állapotúak bevonása a sportolásba rehabilitációs célból.

A Nemzeti Program megvalósulásához szükséges a közép- és felső-szintű szakemberképzés és továbbképzés, a képzési módszerek fejlesztése (e-learning, távoktatás), a kutatás-fejlesztés megerősítése, az újabb egészségügyi munkahelyteremtés, valamint a rehabilitációs és rokkantakat foglalkoztató munkahelyek létrehozása.

A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA felépítését mutatja a 21. ábra.



21. ÁBRA

A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA felépítése

5.2 Szakmai meghatározások és együttműködések a Nemzeti Programban

5.2.1 Szívbetegség

Biztosított legyen a megfelelő számú és elérhetőségű kardiológiai-hemodinamikai vizsgálóhely és vizsgálat, a szívelégtelen beteg ellátása, gondozása, rehabilitációja, valamint a biztosítva legyen a szívtranszplantáció országos elérhetősége.

5.2.2 Agyérbetegség

Az Európa Parlament ajánlása alapján stroke ellátórendszer alakuljon ki, azaz az ország bármelyik pontján stroke-ot szenvedett beteg az intravénás vérrögoldásra alkalmas időn belül stroke-központba juthasson és már a stroke központokban megkezdődhessen a multidiszciplináris rehabilitáció.

5.2.3 Perifériás érbetegség

Minden szív és érrendszeri szűrővizsgálaton és minden betegvizsgálatkor szükséges a nyaki erek (arteria carotis) feletti hallgatózás és a boka/kar index (BKI) vizsgálata/számítása is. A 0,9-nél kisebb értéknél további angiológiai vizsgálat, valamint szív és érrendszeri kockázatbecslés szükséges. Az angiográfiás vizsgálatok és az intervenciós radiológiai vizsgálatok fejlesztése szükséges.

5.2.4 Vesebetegség

Szükséges a krónikus vesebetegségben, veseelégtelenségben kiemelkedően gyakorivá váló szív és érrendszeri szövődmények miatt a vesebetegség korai felderítése. A glomerulus filtrációs ráta (GFR) értékének számítása szükséges minden szűrővizsgálatkor, illetve a szív és érrendszeri beteg vizsgálatakor. Az előrehaladott vesekárosodás miatt a krónikus veseelégtelenségben (GFR < 60 ml/perc) szenvedő beteg nefrológiai, illetve háziorvosi és nefrológiai közös gondozása javasolt.

5.2.5 Magasvérnyomás-betegség

Az egészséges egyének vérnyomása maradjon 140/90 Hgmm érték alatt, a kezelt betegeké pedig növekvő arányban (50%-ot meghaladóan) érje el az ez alatti értéket.

5.2.6 Cukorbetegség

Minden szív és érrendszeri megbetegedés esetén rendszeres vércukor szint ellenőrzés szükséges. A célérték meghaladása esetén diabetologus szakkonzílium biztosítása és a háziorvosi gondozás szükséges. Túlsúlyosoknál és elhízotaknál minden szűrővizsgálatkor vércukor vizsgálat is szükséges.

5.2.7 Elhízás-betegség

Szükséges az elhízás kockázatának korai felismerése, diagnosztikai és kezelési rendszerének megszervezése. Minden szűrővizsgálaton és betegvizsgálaton szükséges a testsúly és testmagasság, valamint a derékkörfogat mérése. Elérhetővé kell válnjon mindenki számára az obezitologiai szakkonzultáció és az elhízás miatti háziorvosi gondozás.

5.2.8 Zsírágyagsere-zavar

Szív és érrendszeri megbetegedés esetén rendszeresen javasolt a vér koleszterin-, trigliceridszintjének vizsgálata, a célérték meghaladása esetén lipidológus szakkonzílium biztosítása és a háziorvosi gondozás.

5.2.9 Táplálkozás

Szükséges az egészséges táplálkozás elterjesztése, az egészségügyi személyzet személyes ráhatásával az egészséges táplálkozás ismereteinek oktatása, a preventív táplálkozás elterjesztése, valamint a nem személyes beavatkozás, azaz az élelmiszergyártók és közétkeztetők bevonása az egészséges táplálkozás programjának megvalósításába.

5.2.10 Mozgás, sportolás

Fontos az iskolai testnevelés és szabadidős fizikai aktivitás növelése, belevonva a nemzeti sportprogram vonatkozó részeit is. Szükséges a felnőttkori fizikai aktivitás növelése a mérhető aktivitási szint elérésének meghirdetésével.

5.2.11 Háziorvosi ellátás

A szív és érrendszeri megbetegedések megelőzésének és gyógyításának fejlesztési iránya az alapellátásban a Kistérségi Községi központokba integrált egészségközpontok létrehozása, amelyek magukba foglalják az alapellátás szintjeit és formáit is. A háziorvoslásnak a szív és érrendszeri betegségek szakmaspecifikus feladatainak alapellátását, kockázatbecslését kell elvégeznie.

5. A Nemzeti Program leírása

5.2.12 Sürgősségi betegellátás

Szükséges a korai észlelés, az elsősegélynyújtás, az alapszintű újraélesztés készségének a társadalom szintű biztosítása, az akut jellegű betegellátás sürgősségi rendszerének kiépítése, a riasztási rendszer, az informatika és az akut betegellátás kórházon kívüli rendszerének egységesítése, a kórházi sürgősségi egységek diagnosztikus és terápiás lehetőségének megfelelő kihasználása.

5.2.13 Terhesgondozás (perinatális preventív szülészet)

Szükséges a koraszülést megelőző program kialakítása és országos bevezetése, a rizikótényezők rendszeres felmérése a kissúlyú újszülöttek gyakoriságának csökkentésére. Szükséges a patológiás terhességek és koraszülések hazai epidemiológiai vizsgálata, a Regionális Perinatális Intenzív Központok megerősítése és minősítése, a terhességet megelőző kivizsgálás és tanácsadás széleskörű bevezetése, az on-line szülésbejelentő rendszer létrehozása.

5.2.14 Egészségfejlesztés és epidemiológia

Az egészségfejlesztés segítségével képessé teszünk másokat egészségük javításra, illetve arra, hogy jobban tudják megőrizni, ellenőrizni azt. Az egészségfejlesztés hatásköre felöleli a betegségekkel és rokkantsággal kapcsolatos szolgáltatásokat (személyes szociális szolgáltatások, egészségügyi szolgáltatások) és a pozitív egészségért végzett tevékenységeket (egészségnevelési programok, gazdasági és szabályozási tevékenységek, az egészséges környezettel kapcsolatos intézkedések, egészséges közérdekű intézkedések, megelőző jellegű szolgáltatások, közösségi szintű munka, szervezeti szintű fejlesztések). Mindezekhez szükséges a kistérségi és regionális egészségfejlesztési központok (önkormányzat), illetve epidemiológiai vizsgáló- és értékelőhelyek hálózatának létrehozása (ÁNTSZ), az egészségállapot, a morbiditás, mortalitás helyzetének megállapításához, a szakmai és egészségpolitikai stratégiai tervek készítéséhez. Szükséges az egészségfejlesztési tevékenységek monitorozása és a tevékenység értékelése.

5.2.15 A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJÁban tervezett együttműködések és kapcsolódási pontok a Sikeres Magyarországgért Programhoz (II. Nemzeti Fejlesztési Terv)

Számos már létező és működő program, illetve programterv van (Nemzeti Népegészségügyi Program, Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program, Nemzeti Rákellenes Program, a Nemzeti Fejlesztési Terv I.-ben pályázatnyertes Észak-alföldi Regionális „Egészség-centrum” modell, „Egészség-observatórium központok” modell), amelyek tapasztalatait és eredményeit az egészségügy fejlesztése során már felhasználjuk, illetve figyelembe vehetjük.

Számos ilyen, illetve hasonló program van készülőben, az előkészítettség különböző fázisaiban: Nemzeti Stroke Program, Nemzeti Diabetes Program, széleskörű szakmai és társadalmi vita előtt áll a Nemzeti Balesetmegelőzési Stratégia alapidokumentuma, valamint a Nemzeti Alkohollelenez Stratégia. Megkezdődött a Nemzeti Lelki Egészség Program kidolgozása is. 2005-ben az Egészségügyi Minisztérium széleskörű szakmai részvétellel elkészítette a magyar egészségügy fejlesztésének távlati kereteit meghatározó Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptiót (EFK). Az EFK irányelveire alapozva készültek el olyan programok, illetve jelenleg állnak kidolgozás alatt, amelyek kapcsolódnak a Sikeres Magyarországért Programhoz (II. Nemzeti Fejlesztési Terv), mint például a sürgősségi Betegellátás Programja, a Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program és a Nemzeti Rákellenes Program. Az egészségügyi és népegészségügyi vonatkozásai miatt is kiemelkedően fontos „A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK NEMZETI PROGRAMJA” ugyancsak az EFK alapjain készült és alprogramjai a II. Nemzeti Fejlesztési Tervbe integrálódnak.

Kapcsolódások és együttműködések más programokkal:

- Táplálkozás, Életmód, Testmozgás Platform a népegészségügyi programon belül
- Egészséges táplálkozás program a népegészségügyi program keretében
- Fizikai aktivitás fokozása a népegészségügyi program és a Nemzeti Sport Program keretében
- Dohányzásról leszoktatás a népegészségügyi program keretében
- Egészségkárosító alkoholfogyasztásról leszoktatás a népegészségügyi program keretében (Nemzeti Alkohol Program)
- A drogfogyasztás elleni program a népegészségügyi program keretében
- „Éljen 140/90 Hgmm alatt” szakmai program a népegészségügyi programon belül
- A Gyógyszerészi Gondozás Programja (magasvérnyomás, cukorbetegség)
- A Terhesgondozás Programja
- A Sürgősségi Betegellátás Fejlesztési Programja
- A Rehabilitáció Programja
- A Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár és Egészségügyi Minisztérium prevenciók Programjai/Pályázatai
- A civil szervezetek, egyesületek és alapítványok programjai (pl. Te gyünk Egészségünk Színvonaláért Alapítvány, Magyar Vöröskereszt, Liga az Agyi Érbetegségek Ellen)
- Kapcsolódás és együttműködés más szakmai programokkal (pl. CÉL Program).

5.3 Célok és feladatok

I. CÉL: A szív és érrendszeri betegségek kialakulását elősegítő (kockázati) tényezők előfordulásának visszaszorítása az egészségmegőrző programok és az elsődleges megelőzés hatékonyságának és társadalmi támogatottságának növelésével.

Feladatok:

1. Megfelelő felvilágosító programokat kell szervezni a lakosság egészségnevelése, az egészséges életmódra szoktatás, az egészséges életfelfogás helyes kialakítása érdekében.

Határidő: 2006. október 1-jétől folyamatos

2. Országos telekommunikációs, ismeretterjesztő-koordinációs irodát kell létrehozni és működtetni.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos

3. Elő kell segíteni a helyes táplálkozási kultúra kialakítását és a mindennapos aktív testmozgás feltételeinek megteremtését.

Határidő: folyamatos

4. Hatékony leszoktató programokat kell szervezni a dohányzás visszaszorítása érdekében, és támogatni kell az egészségkárosító szenvedélyekre (pl. alkoholfogyasztás, kábítószer-fogyasztás) való rászakás megelőzését.

Határidő: folyamatos

5. Meg kell szervezni az előzőekben felsoroltak és az egész program információs és szakmai anyagainak a társadalom elérését biztosító elektronikus, nyomdai kiadását és a médiákban történő terjesztését.

Határidő: 2006. október 1-jétől folyamatos

6. Aktívan be kell vonni a pedagógusokat, civil szervezeteket, az alapellátásban dolgozókat, így különösen az iskola- és foglalkozás-egészségügyben, valamint a védőnői hálózatban és az ÁNTSZ-ben dolgozókat, az előzőekben megfogalmazott feladatok megoldásába, a programok előkészítésébe, végrehajtásába és minőségellenőrzésébe.

Határidő: 2006. július 1-jétől folyamatos

7. Szoros kapcsolatot kell kialakítani a szív és érrendszeri betegségek megelőzésében, ellátásában részt vevő szakmai szervezetek, valamint az érintett civil szervezetek között.

Határidő: 2006. július 1-jétől folyamatos

II. CÉL: A teljes lakosság figyelmének felhívása, oktatása a szív és érrendszeri kockázat önértékelésének elvégzésére, a szűrővizsgálatokon való aktív részvételre, az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, valamint a korai betegség felismerés és az eredményesebb gyógyítás érdekében.

Feladatok:

- 1.** Rendszeres oktatóprogramok indítása a sürgősségi ellátással, valamint az újraélesztéssel kapcsolatos tudnivalók lakossági megismertetésére.

Határidő: 2006. október 1-jétől folyamatos

- 2.** Meg kell ismertetni a társadalommal a szív és érrendszeri kockázati tényezőket, a betegségek kóros határértékeit és a kezelési célértékeket.

Határidő: 2006. október 1-jétől folyamatos

- 3.** El kell érni, hogy az orvos-beteg találkozók során, a lakossági, az iskolai, a foglalkozás-egészségügyi szűrővizsgálatok alkalmával rendszeres legyen a szív és érrendszeri kockázatfelmérés is.

Határidő: 2006. július 1-jétől folyamatos

- 4.** Létre kell hozni a nemzeti program WEB-oldalát, amely tartalmazza minden részt vevő szakmai és civil szervezet programját és tájékoztatja a szakmai résztvevőket és a lakosságot az aktuális eredményekről.

Határidő: 2007. január 1.

III. CÉL: A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének, korai felismerésének és gyógyításának minőségi javítása az Érrendszeri Központok egységes Hálózatának kialakítása révén.

Feladatok:

- 1.** Kerüljön meghatározásra Érrendszeri Központok Hálózatának személyi és tárgyi feltétele.

Határidő: 2006. szeptember 30.

- 2.** Kerüljön kialakításra a hozzáférési esélyegyenlőséget biztosító Érrendszeri Központok Hálózata.

Határidő: 2007. január 1. (megkezdés) – 2009. december 31.

- 3.** Ki kell alakítani az Érrendszeri Központok Hálózatának a betegek alapellátáshoz, a Kistérségi Községi Központokhoz, a sürgősségi, illetve epidemiológiai hálózathoz való kapcsolódási és együttműködési feltételeit.

Határidő: 2006. december 31.

- 4.** Ki kell alakítani az Érrendszeri Központok sürgősségi, illetve az invazív beavatkozási lehetőségét biztosító ellátó részlegeit (kardiológia, neurológia, angiológia-érsebészet, nefrológia, anyagcsere, szülészet).

Határidő: 2007. december 31.

- 5.** A minőségbiztosítási követelmények figyelembe vételével a szükséges időben létre kell hozni az Érrendszeri Központokhoz kapcsolódó második magyarországi Szívtranszplantációs Központot.

Határidő: szükség szerint

- 6.** Meg kell teremteni az Érrendszeri Központokban a különböző szakterületek által gondozott betegek egységes adatbázisát, ehhez meg kell teremteni a szükséges informatikai rendszert és ki kell alakítani ennek kapcsolatát az alapellátáshoz.

Határidő: 2007. december 31., utána folyamatos

IV. CÉL: A szív és érrendszeri betegségek megelőzésével, korai felismerésével, gyógyításával és rehabilitációjával kapcsolatos szakmai tevékenységek minőségének javítása, ennek érdekében az egységes szempontokon alapuló monitorozási, értékelési és ellenőrzési rendszerek kialakítása, illetve fejlesztése.

Feladatok:

- 1.** El kell készíteni és hozzáférhetővé kell tenni a Nemzeti Program megvalósításában részt vállaló szakmák, intézmények, intézetek, szakmai egyesületek, civil szervezetek vonatkozó szervezeti irányelveit, programjait és munkatervét.

Határidő: 2006. szeptember 1.

- 2.** El kell készíteni és hozzáférhetővé kell tenni a Nemzeti Programban a szív és érrendszeri betegségek megelőzéséhez, gyógyításához szükséges szakmai irányelveket, protokollokat és azok indikátorait. Biztosítani kell, hogy valamennyi érintett szakember az irányelvekben, protokollokban előírtakat ismerje.

Határidő: 2006. november 1.-jétől folyamatos

- 3.** Ki kell dolgozni, és ki kell adni a szív és érrendszeri program monitorozásának indikátorrendszerét.

Határidő: 2006. október 31.

- 4.** Lakossági felméréseket és betegelégedettségi vizsgálatokat kell végezni az egészségfejlesztés és betegellátás területén elért eredmények monitorozásához.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos

- 5.** Biztosítani kell az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központtal együttműködésben a szív és érrendszeri betegségek megelőzésének, gyógyításának és rehabilitációjának szakfelügyeletét és minőségellenőrzését.

Határidő: 2006. július 1-jétől folyamatos

- 6.** A szív és érrendszeri betegségek területén meg kell határozni azokat a tevékenységi és beavatkozási területeket, amelyek a betegek biztonsága szempontjából kiemelten veszélyesek. El kell készíteni a veszélyek megelőzéséhez szükséges biztonsági intézkedéseket.

Határidő: 2007. január 1.

V. CÉL: Annak érdekében, hogy megállapítható legyen a magyarországi szív és érrendszeri kockázatok mértéke, valamint az elérni kívánt hazai célértékek, fel kell mérni a lakosság szív és érrendszeri egészségi állapotát.

Feladatok:

1. El kell készíteni a magyarországi SCORE kockázatbecslő rendszert.

Határidő: 2006. szeptember 30.

2. Létre kell hozni a szív és érrendszeri kockázatok adatgyűjtési rendszerét, és biztosítani kell ennek kapcsolódását az epidemiológiai hálózat adatgyűjtő és értékelő rendszeréhez.

Határidő: 2007. január 1. folyamatos

3. Szükséges az egészség állapotát rögzítő elektronikus kártya, a megfelelő informatikai rendszer elkészítése és az adatkezelési jogszabály szükséges módosítása. Az elektronikus kártya a Nemzeti Programban javasolt szűrővizsgálatokon, az egészséges életmód programokon való részvétel, valamint a beteggondozás adatainak, a kockázati tényezőknek a rögzítésére is szolgálhat.

Határidő: Európai Egészségbiztosítási kártyához kapcsolódóan

VI. CÉL: A hatékonyabb, esélyegyenlőséget biztosító stratégiai tervezés és betegellátás érdekében strukturális változtatásokat kell végrehajtani a szív és érrendszeri betegségek ellátásában.

Feladatok:

- 1.** Úgy kell átalakítani az ellátórendszert, hogy az Érrendszeri Központok szakmai koordinálásával működjön a szív és érrendszeri betegek ellátásában érintett valamennyi szakterület, a progresszivitás minden szintjén.

Határidő: 2006. december 31.

- 2.** Meg kell teremteni a szívelégtelenségben szenvedő betegek ellátásának és gondozásának egységes rendszerét, beleértve a szívsebészeti, szívtranszplantációs tevékenységet is.

Határidő: 2006. december 31.

- 3.** Kiemelt figyelmet kell fordítani a sürgősségi betegellátás fejlesztése során – a Nemzeti Programmal összhangban – a szív és érrendszeri betegek megfelelő ellátásához szükséges feltételek megteremtésére.

Határidő: 2006. október 1-jétől folyamatos

VII. CÉL: A szív- és érrendszeri megbetegedések minél korábbi felismerése és a kezelés hatékonyságának javítása céljából a korszerű diagnosztika és gyógyítás feltételeinek fejlesztése.

Feladatok:

- 1.** Olyan informatikai rendszert kell kialakítani, amely lehetővé teszi az on-line kapcsolatot a szív és érrendszeri betegek ellátásában résztvevő egészségügyi szolgáltatók között. E kapcsolatnak fokozatosan alkalmassá kell válnia az ellátás minden szintjén a betegút követésére, a leleteknek és a vizsgálati eredményeknek a kezelőorvoshoz történő nélküli eljuttatására, a szakmai jelentési kötelezettség teljesítésére.

Határidő: 2008. január 1-jétől (kialakítás megkezdése) –
2010. december 31-ig

- 2.** A telemedicina alkalmazásával létre kell hozni a tele-konzultációs lehetőségeket az érintett szakmák részére regionális és országos szinten az Érrendszeri Központok koordinálásával.

Határidő: 2007. június 30. (kialakítás megkezdése)

- 3.** A továbbképzési rendszer fejlesztésével lehetővé kell tenni az új diagnosztikai eljárások, ellátási formák és beavatkozási technikák megismerését.

Határidő: 2007. január 1-től folyamatos

VIII. CÉL: A szív és érrendszeri betegek komplex ellátásának javítása érdekében a betegellátásban részt vevő szakemberek európai szintű képzése.

Feladatok:

- 1.** Korszerűsíteni kell a speciális feladatot ellátó szakorvosok továbbképzését és mind a tananyagot, mind az alkalmazott módszertant rendszeresen felül kell vizsgálni. A továbbképzésbe integrálni kell a szakorvosok, háziorvosok távoktatását a szív és érrendszeri betegségek területén.

Határidő: 2007. január 1-től folyamatos

- 2.** El kell érni, hogy a különböző speciális jártasságok – az Európai Unióban elfogadottakkal összhangban – képesítésnek minősüljenek. Ehhez ki kell alakítani az akkreditált vizsgák és vizsgáztatás rendszerét.

Határidő: 2007. január 1-től folyamatos

- 3.** Lehetővé kell tenni az egyes jártasságok speciális ismereteinek megszerzését és képesítést adó vizsga letételét háziorvosok számára is.

Határidő: 2006. január 1-jétől folyamatos

- 4.** Korszerűsíteni kell a szív és érrendszeri betegek ellátásában részt vevő szakdolgozók képzését, hogy képessé váljanak a szív és érrendszeri kockázatok felmérésre és értékelésre, az egészséges életmódra nevelésre.

Határidő: 2006. szeptember 1-jétől folyamatos

- 5.** El kell indítani az e területeken dolgozó szakdolgozók célzott továbbképzését.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos

- 6.** Át kell tekinteni a szív és érrendszeri Nemzeti Program, a sürgősségi ellátórendszer fejlesztéséből fakadó szakember szükségletet. A szív és érrendszeri betegségek ellátásában mutatkozó szakemberigényt összhangba kell hozni az Egészségügyi Humán erőforrás Stratégiával.

Határidő: 2006. október 31.

IX. CÉL: A betegek társadalomba és családba való visszailleszkedésének elősegítése érdekében ki kell alakítani a szív és érrendszeri betegek komplex rehabilitációs rendszerét.

Feladatok:

- 1.** Fel kell mérni a szív és érrendszeri betegségekhez kapcsolódó rehabilitációs célú fekvőbeteg- és járó- és fekvőbeteg-kapacitásokat.

Határidő: 2006. december 31.

- 2.** A rehabilitációs kapacitások felmérésének eredménye ismeretében el kell végezni a szükséges struktúramódosításokat az Érrendszeri Központokhoz illeszkedő rehabilitációs hálózat létrehozásához.

Határidő: 2008. december 31.

- 3.** Át kell tekinteni a rehabilitációs képzés és szakképzés helyzetét, korszerűsíteni kell a rehabilitációban részt vevő szakorvosok, szakdolgozók képzését és továbbképzését.

Határidő: 2006. december 31.

- 4.** Fejleszteni kell a kiemelt szív és érrendszeri betegségek (szív-elégtelenség, stroke, érbetegség, kissúlyú újszülött) rehabilitációs lehetőségeit az otthonápolás, illetve otthoni szakápolás keretében is.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos

X. CÉL: A Nemzeti Program társadalmasítása és megvalósításának segítése érdekében Programtanácsot kell létrehozni.

Feladatok:

- 1.** Létre kell hozni A Szív és Érendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja végrehajtását segítő, a végrehajtást monitorozó és a menetközben szükségessé váló módosításokra javaslatot kidolgozó Programtanácsot az érintett társadalmi, szakmai és civil szervezetek, valamint az érintett társtárca és országos hatáskörű szervek képviselőiből.

Határidő: 2006. április 15.

- 2.** A Programtanácsnak el kell készítenie a Nemzeti Program alprogramjaira vonatkozó szakmai javaslatát, amely tartalmazza az egyes feladatok felelőseit és megvalósításuk határidejét is.

Határidő: 2006. május 31.

- 3.** El kell végezni a Nemzeti Program és alprogramjai illesztését más létező, illetve most készülő egészségügyi vonatkozású nemzeti programokhoz, valamint „A sikeres Magyarországért Program”-hoz (II. Nemzeti Fejlesztési Terv).

Határidő: 2006. május 31.

Mellékletek

1. melléklet:

Az Európai Unió Egészségügyi Tanácsának állásfoglalása a szív és érrendszeri betegségekkel kapcsolatban

Az Európai Unió Egészségügyi Tanácsa által 2004-ben elfogadott dokumentum jelentős megállapításokat tartalmaz a szív és az érrendszer egészségére vonatkozóan. A dokumentumot a nemzeti egészségügyi minisztériumok változatlan formában elfogadták.

„A szív és érrendszeri betegségek mind a nők, mind a férfiak körében a vezető halálokokat jelentik az Európai Unió egész területén. A halálozási arányt illetően ugyan csökkenő tendencia figyelhető meg, egyre többen kényszerülnek azonban – csökkent életminőség mellett – együtt élni ezekkel a betegségekkel.

A legtöbb szív és érrendszeri betegség megelőzhető vagy bekövetkezése késleltethető, az általa okozott életminőség-csökkenés mérsékelhető, részben az életmód helyes megválasztásával, részben megfelelő gyógyszerek alkalmazásával.

A tagállamok között és az egyes tagállamokon belül egyaránt észlelhetők társadalmi, kulturális és gazdasági jellegű eltérések, amelyek egyúttal kockázati különbséget is jelentenek az említett betegségeket illetően.

A társadalmi és gazdasági politikák többsége (pl. környezetvédelem, mezőgazdaság, fogyasztóvédelem, közlekedés, oktatás stb.) közvetve vagy közvetlenül, jelentős hatást gyakorol a lakosság egészségi állapotára.

A megfelelő stratégia kialakításához nélkülözhetetlen a kockázati tényezőkre, a megbetegedési arányokra, a halálozásra, az életmódi tényezőkre, a lakosság ismereteire és viselkedésére vonatkozó pontos adatok megismerése és figyelemmel kísérése az Európai Unió egész területén, és az erre vonatkozó megfelelő kutatások elvégzése. A feladatok megoldásához több tudományág, több szektor együttműködésére van szükség.

A szív és érrendszeri egészséget támogató stratégiáknak a lakosság egészét meg kell célozniuk, és foglalkozniuk kell minden lehetséges kockázati tényezővel (dohányzás, egészségtelen táplálkozás, a fizikai aktivitás mellőzése, túlzott mértékű alkoholfogyasztás, elhízás, magas vérnyomás, cukorbetegség, magas

szérum koleszterin szint, káros természeti, illetve társadalmi-környezeti tényezők stb.). Különös figyelmet kell fordítani a fokozottan veszélyeztetett lakossági csoportokra.

A fent említett szempontok figyelembe vétele mellett a tagállamok feladata a nemzeti politikák egészségi hatásának felmérése, a kormányzati és a civil szervezetek együttműködésének elősegítése, a dohányzás visszaszorítását célzó nemzeti cselekvési tervek fejlesztése, végrehajtása, a dohányfüst-mentes környezet megteremtése, a megfelelő étrend, a fizikai aktivitás népszerűsítése, elősegítése, a megelőzést szolgáló, bizonyítékokon alapuló, költség-hatékony közösségi programok megalkotása, a szív és érrendszeri betegségek prevenciójáról szóló nemzeti útmutatók kidolgozása, az egyéni veszélyeztetettség becslésére alkalmas ún. kockázati-lap alkalmazása, továbbá összehasonlításra alkalmas adatok gyűjtése és publikálása.

Az Egészségügyi Tanács felkérte a tagállamokat, hogy a szív egészségének támogatását építsék bele nemzeti népegészségügyi stratégiájukba, a Bizottságot pedig arra ösztönzi, hogy a szív és érrendszeri egészséget a Népegészségügyi Cselekvési Terv keretében támogassa. "

2. melléklet:

Az Európa Parlament állásfoglalása a stroke-ellátással kapcsolatban (2003)

Az Európa Parlament 2003. június 19-én kelt és a stroke-kal, mint „megelőzhető európai katasztrófával” foglalkozó ülésének 10 pontos akcióterve:

1. *Fel kell frissíteni a kardiovaszkuláris betegségekkel foglalkozó tanács 1994-es határozatát.*
2. *Ragaszkodni kell a bizonyított prevenciók gyógyítási eljárásokhoz és tudatosítani kell az egészségpolitikussal, hogy a nem-cselekvés „valódi” költségei mennyibe fognak kerülni.*
3. *Fel kell hívni az orvosi közvélemény és a laikusok figyelmét elsősorban a magas vérnyomás és a stroke, valamint az egyéb rizikótényezők és a stroke kapcsolatára.*
4. *Biztosítani kell a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok klinikai alkalmazását, beleértve az ESH/ESC hipertóniával foglalkozó javaslatait.*
5. *Támogatni kell a betegszervezeteket és meg kell fontolni Európai Betegcsoportok létrehozását a stroke megelőzésére.*
6. *Elő kell segíteni a tapasztalatok és a leghatékonyabb gyakorlat megosztását a tagországok között, hogy fejleszthessük a prevenció programokat.*
7. *Realista, menetrendhez kötött egészségügyi célokat kell kitűzni a stroke-ok számának csökkentésére, és mérni kell a fejlődés ütemét.*
8. *Biztosítani kell, hogy az új megelőző kezelési eljárások rendelkezésre álljanak azok számára, akik veszélyben élnek és az egészségügyi költségvetést ennek megfelelően kell átcsoportosítani.*
9. *Biztosítani kell, hogy a stroke és a magas vérnyomás elsőbbséget élvezzenek az Európai Egészségügyben.*
10. *Meg kell vizsgálni annak a lehetőségét, hogy az Európa Parlament maga kezdeményezzen a stroke-kal és a hipertóniával kapcsolatos beszámolót, hogy a stroke megelőzésnek politikai elsőbbséget biztosítson.*

CÉLKITŰZÉS AZ ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁSÁBAN

Táplálkozás	Fizikai aktivitás	Ájnlások a dohányzás ellen
Fő irányvonal egészségesek számára Naponta sok zöldség-gyümölcs (5x), teljes értékű gabona-készítmények (6x); zsírszegény tej, tejtermékek; sovány hús; diófélék (50 g/n); <i>hetenként</i> többször húsvelvények; tengeri hal (2x/hét). Növényi zsiradék; legfeljebb 211 (férfi) és 108 (nő) kcal/nap. sóban gazdag táplálékok kerülése; mediterrán jellegű táplálkozás. Fokozott kockázat esetén Testtömeg-csökkentés szükséges: 1. LDL-Ch >4,1 + nagy CV-kockázat: SFA+TFA csökkentés <7 en%; koleszterin <200 mg/n; 2. Atherogen dyslipidaemia, metabolikus szindróma, diabétesz: SFA helyettesítése telítetlen zsírsavakkal; szénhidrát (főleg finomított és cukor) csökkentése; 3. HT; só- és alkoholfogyasztás: DASH-diéta; 4. Obesitas: energia-, zsír- és sz. e. magas GI-ú SZH-korlátozás.	Fizikai aktivitás szerepe kardiovaszkuláris betegségek megelőzésében és kezelésében. A rendszeres, napi 30–60 perces, heti 5–7 alkalommal végzett mérsékelt-közepes intenzitású testmozgás (pl. séta-gyaloglás 4–5 km/ó) csökkenti az ISZB, hipertónia és metabolikus rizikófaktorok kialakulásának kockázatát. Intenzívebb edzés (pl. kocogás 8 km/ó, tenisz) növeli a hatást, azonban férfiaknál 40, nőknél 50 év fölötti korban, illetve betegség esetén orvosi konzultáció szükséges. Ajánlott a dinamikus jellegű, aerob mozgásforma (gyaloglás, kerékpár, úszás, labdajátékok, stb.). A mozgás intenzitása pulzusszámmal jellemezhető (kb.120–150/min). Kardiovaszkuláris, vagy anyagcsere-betegség esetén kisebb intenzitású fizikai aktivitás ajánlott, fokozatosan emelve a terhelést. Előírásban mérsékelt intenzitású 60–90 percig tartó mozgásprogram ajánlható.	A dohányzás az idő előtti kardiovaszkuláris mortalitás önálló kockázati tényezője. A dohányzás erősíti az egyéb kockázati tényezők hatását (szinergizmus). A „könnyű” cigaretták és a passzív dohányzás is fokozza a kockázatot. A dohányzás abbahagyása már egy éven belül csökkenti a kardiovaszkuláris események előfordulását és a halálozást. Az orvos/nővér segítségével megkönnyíti a cigaretták elhagyását. A nikotinmegvonási tünetek kiűzöbölése jelentősen emeli a leszokás sikerességét, ennek bizonyítottan hatásos eszköze a nikotinpótlás és a bupropion. Az orvos minden betegől kérdezze meg, hogy dohányzik-e, javasolja a dohányzás abbahagyását, ebben segítse a beteget vagy küldje dohányzásról leszokást segítő rendelőre. Tájékoztadjon, hogy hol van legközelebb ilyen rendelés (tel: 06-40-200-493).

CÉLÉRTÉKEK

Célértékek elhízásban	Célértékek lipídanyagcsere vonatkozásban
Kardio-, cerebrovaszkuláris és perifériás ér betegség • Diabétes mellitus • Metabolikus szindróma BMI <25 kg/m², vagy Haskőrfogat: <94 cm³/nő <80 cm³/nő <i>Ha életmód-változtatás nem elég, orvosi kezelés javasolt akkor, ha ebben a kategóriában BMI >25 kg/m², és/vagy haskőrfogat 94, illetve 80 cm felett ha bármikor a BMI 30 kg/m² felett van.</i>	Igen nagy kockázati állapot (lásd a kockázatbecsölést) <i>Terápiás opció:</i> Koleszterin(Ch) <3,5 mmol/l LDL-Ch <1,8 mmol/l Nagy kockázati állapot Kardiovaszkuláris betegségek, Diabétes mellitus, Metabolikus szindróma Koleszterin <4,5 mmol/l LDL-Ch <2,5 mmol/l Triglicerid <1,7 mmol/l HDL-Ch >1,0 mmol/l (ff) >1,3 mmol/l (nő) Kardiovaszkuláris tünetektől mentes nagy kockázati állapot Koleszterin <5,0 mmol/l LDL-Ch <3,0 mmol/l <i>Ha életmód-változtatás után a Ch és LDL-Ch érték a célérték felett marad, vagy a kardiovaszkuláris tünetektől mentes állapotban a kockázat >5% vagy >20% /10 év (SCORE illetve Framingham táblázat), akkor gyógyszeres kezelés javasolt (statin, ezetimib, fibrát, nikotinsav, ω-3, vagy kombinációk).</i> Közepes kockázat: Célérték: Ch <5,2 Kis kockázat: Célérték: Ch <6,5

Célértékek hipertóniában		
Kardio-, cerebrovaszkuláris és perifériás érbetegség	Diabetes mellitus Metabolikus szindróma	Kardiovaszkuláris tünetektől mentes nagy kockázatú állapot
<140/90 Hgmm	<130/80 Hgmm* *NEPHROPATHIA, 1G/NAP FELETTI PROTEINURIA ESETÉN: 125/75 Hgmm A fentiekben kívül: azonnali antihipertenzív gyógyszeres kezelés javasolt akkor, ha a vérnyomásérték >180/110 Hgmm. Ha életmód-változtatás nem elég a célérték eléréséhez, akkor antihipertenzív gyógyszeres kezelés javasolt mindig, – ha célszervkárosodás van, vagy – ha a fatális CV-kockázat ≥25%/10 év, vagy – ha a koronáriakockázat >20%, vagy – ha a vérnyomás 150/95 Hgmm felett marad.	<140/90 Hgmm*

Célértékek diabetes mellitusban és metabolikus szindrómában

Éhomi vércukor <6,0 mmol/l*,
Postprandialis vércukor <7,5 mmol/l*,
HbA_{1c}: <6,5%*

Vérnyomás: <130/80 Hgmm,
proteinúria (>1 g/nap) esetén: <125/75 Hgmm

Összkoleszterin <4,5 mmol/l, LDL-C <2,5 mmol/l

Ha életmód-változtatás nem elég a vércukor-célérték eléréséhez, akkor antidiabetikus gyógyszeres kezelés javasolt.

*MANIFESZT DIABETES MELLITUS ESETÉN

www.terapiaszkonzensus.hu

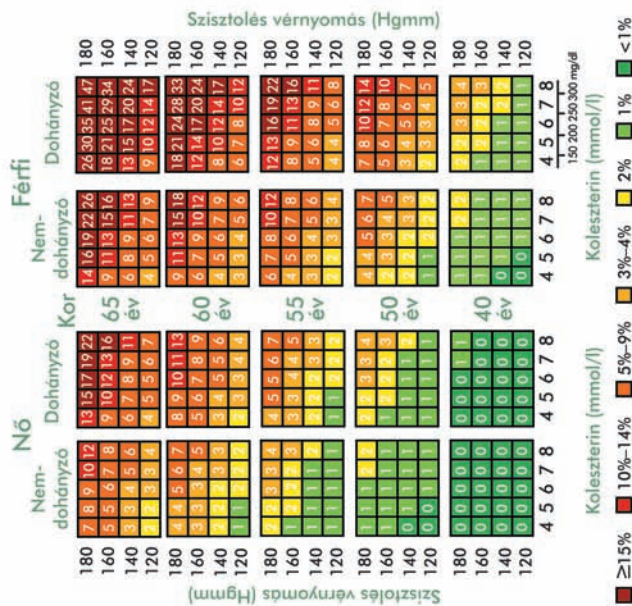
PREVENTÍV GYÓGYSZERES KEZELÉS

Kardiovaszkuláris szervvédelmet biztosító preventív gyógyszeres kezelés		
Kardio-, cerebrovaszkuláris és perifériás érbetegség	Diabetes mellitus	Kardiovaszkuláris tünetektől mentes nagy kockázatú állapot
Aszpirin (max. 100 mg) (Clopidogrel alternatív szer) Béta-blokkolók: miokardiális infarktus után, vagy koszorúér-betegség okozta balkamra-diszfunkció esetén ACE-gátlók: bármely eredetű balkamra-diszfunkció esetén Kardiovaszkuláris betegségben balkamra-diszfunkció nélkül is Omega-3 zsírsav (1 g/nap): posztinfarktusos betegeknek Antikoaguláns kezelés: koszorúér-betegség esetén, ha a tromboembóliás kockázat fokozott Statin: célérték felett	Aszpirin (max. 100 mg) >40 év vagy + 1 rizikófaktor ACE-gátlók, ARB-k: diabetes mellitus + 1 másik rizikófaktor és/vagy nephropathia Statin: célérték felett	Aszpirin (max. 100 mg) minden jól beállított hipertóniás beteg és ettől függetlenül a több rizikóval bíró (metabolikus szindrómás) férfiak Statin: célérték felett

©2005 Promenade Publishing House • All rights reserved • Minden jog fenntartva

SCORE TÁBLÁZAT

FATALIS SZÍV-, ÉS ERREDSZERI ESEMÉNYEK ELŐFORDULÁSÁNAK KOCKÁZATA 10 ÉVEN BELÜL



FRAMINGHAM PONTTÁBLÁZAT

KORONÁRIASEMÉNYEK ELŐFORDULÁSÁNAK KOCKÁZATA 10 ÉVEN BELÜL

Férfiak					Nők				
Kor (év)	Pont	Kor (év)	Pont	Kor (év)	Pont	Kor (év)	Pont	Kor (év)	Pont
20-34	-9	55-59	8	20-34	-7	55-59	8		
35-39	-4	35-39	-3	60-64	10	60-64	10		
40-44	0	40-44	0	65-69	11	65-69	12		
45-49	3	45-49	3	70-74	12	70-74	14		
50-54	6	50-54	6	75-79	13	75-79	16		
Össz-koleszterin (mmol/l)					Kor (év)				
20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<4,1	0	0	0	0	<4,1	0	0	0	0
4,1-5,2	4	3	2	1	4,1-5,2	4	3	2	1
5,2-6,2	7	5	3	1	5,2-6,2	8	6	4	2
6,2-7,2	9	6	4	2	6,2-7,2	11	8	5	3
≥7,2	11	8	5	3	≥7,2	13	10	7	4
Kor (év)					Kor (év)				
20-39	40-49	50-59	60-69	70-79	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Nem-dohányzó	0	0	0	0	Nem-dohányzó	0	0	0	0
Dohányzó	8	5	3	1	Dohányzó	9	7	4	2
HDL-Ch (mmol/l)					HDL-Ch (mmol/l)				
≥1,6	-1	1,0-1,3	1	1	≥1,6	-1	1,0-1,3	1	1
1,3-1,6	0	<1,0	2	2	1,3-1,6	0	<1,0	2	2
Sziszt. RR (Hgmm)					Sziszt. RR (Hgmm)				
<120	0	0	0	0	<120	0	0	0	0
120-129	0	1	1	1	120-129	1	1	1	1
130-139	1	2	2	2	130-139	2	2	2	2
140-159	1	2	2	2	140-159	3	3	3	3
≥160	2	2	3	3	≥160	4	4	4	4
Össz-pontszám					Össz-pontszám				
<0	<1	11	8	8	<0	<1	19	8	8
0-4	1	12	10	10	0-4	1	20	11	11
5-6	2	13	12	12	5-6	2	21	14	14
7	3	14	15	15	7	3	22	17	17
8	4	15	20	20	8	4	23	22	22
9	5	16	25	25	9	5	24	27	27
10	6	≥17	≥30	≥30	10	6	≥25	≥30	≥30

Forrásmunkák

- II. Magyar Terápiás Konszenzus a kardiovaszkuláris betegségek megelőzéséről és preventív kezeléséről. Metabolizmus; IV (Suppl. A): A1-A76.
- A lakosság egészségi állapotáról, valamint a népegészségügyi program 2004. évi előrehaladásáról (J/16930.számú Tájékoztató), Bp. 2005. június
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2004. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2005.
- Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program, 2005. november
- Nemzeti Rákellenes Program, 2006. február
- Morbiditási adattár, 2003. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2004.
- Életminőség és egészség, 2002. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2002.
- Népegészségügyi Jelentés 2004. Országos epidemiológiai Központ, 2004.
- Közép-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Dél-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Nyugat-Dunántúli Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Észak-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Dél-Alföldi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Közép-Magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Észak-Magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005. Országos Epidemiológiai Központ, 2005. április
- Egészségügyi Fejlesztés-Politikai Konceptió. Egészségügyi Minisztérium, 2005. augusztus
- Nemzeti Népegészségügyi Program. 46/2003 (IV.16.) Országgyűlési határozat.
- Országos Fejlesztéspolitikai Konceptió. H/18067. számú Országgyűlési határozati javaslat. 2005. október
- Nemzeti Fejlesztési Terv I. 2004-2006., 2003.
- Tanulmány Magyarország Régióinak egészségügyi helyzetéről. ESKI
- WHO Statisztikai adatbázis (2006)
- OECD Statisztikai adatbázis (2006)
- Internetes Magyar Egészségügyi Adattár (IMEA, www.oek.hu, www.eski.hu)
- European Health for all Database (HFA-DB, 2006. március, www.who.dk)

A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége által rendezett 2005. évi II. Magyar Terápiás Konszenzus Konferencia áttekintette a szív és érrendszeri kockázatot jelentő tényezőket és betegségeket. Megújultak a zsíryanycsere-zavar, az elhízás, a cukorbetegség, a magasvérnyomás-betegség, a koszorúér-betegség, szívelégtelenség és veseelégtelenség, valamint a stroke kockázatbecslésére, a betegség megelőzésére és kezelésére vonatkozó szakmai irányelvek. Meghatározásra kerültek a kezelési célértékek és a kockázatbecslés ki-egészült új kockázati tényezők mérésével, melyek alapján szakmai közmegegye-zésen alapuló ajánlás készült (3. melléklet).

A szakmai közmegegyezés létrehozásakor már felmerült, hogy a meg-oldatlan egészségügyi és egyben társadalmi kérdést is jelentő szív és érrendszeri megbetegedések és halálokok milyen módszerekkel és milyen tevékenységgel csökkenthetők hazánkban. Fontos kérdésként vetődött fel az is, hogy az elkövet-kezendő középtávú és hosszú távú tervezésben milyen lehetőséget kap vagy kaphat ez a népegészségügyi kérdés, és hogyan lehet társadalmi közmegegye-zést létrehozni a szív és érrendszeri betegségek megelőzése, gyakoriságának és az általuk okozott halálozás csökkentése érdekében. Megerősítésre került, az a fő stratégiai cél, hogy váljon értékke az egészség, csökkenjenek az egyenlőtlenségek az egészségi állapotban, a szolgáltatások színvonalában és elérésében, valamint működjen költségkhatékonyabban és magasabb színvonalon az egészségügyi rendszer.



Mindezek alapján a

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének Elnöksége

a Belgyógyászati Szakmai Kollégium,
a Kardiológiai Szakmai Kollégium,
a Neurológiai Szakmai Kollégium,
az Oxyológiai-Sürgősségi, Honvéd- és Katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium,
a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium
és a Háziorvos Szakmai Kollégium együttműködésével,
a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság,
a Magyar Atherosclerosis Társaság,
a Magyar Belgyógyász Társaság,
a Magyar Diabétesz Társaság,
a Magyar Elhízástudományi Társaság,
a Magyar Hypertonia Társaság,
a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága,
a Magyar Kardiológusok Társasága,
a Magyar Nephrologiai Társaság,
a Népegészségügyi Tudományos Társaság,
a Magyar Perinatológiai Társaság,
a Magyar Stroke Társaság,
a Magyar Táplálkozástudományi Társaság,
az Országos Kardiológiai Intézet,
az Országos Alapellátási Intézet,
az Országos Egészségfejlesztési Intézet,
az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet
és az ÁNTSZ Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központja részvételével

Programalkotó Bizottságot hozott létre



**„A SZÍV ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK
MEGELŐZÉSÉNEK ÉS GYÓGYÍTÁSÁNAK
NEMZETI PROGRAMJA”**

létrehozására.

A Nemzeti Program létrehozását az Egészségügyi Miniszter támogatta
és elkészítésére megbízást adott

a *MOTESZ Elnökségének*.



„A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának Nemzeti Programja”

Szerkesztette: **Dr. Kiss István, Dr. Kapócs Gábor, Dózsa Csaba**

Készítette **a MOTESZ Programalkotó Bizottsága és az Egészségügyi Minisztérium**

Dr. Acsády György (érsebészet országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Balogh Sándor (Országos Alapellátási Intézet főigazgatója, a MOTESZ alelnöke)
Dr. Barna Mária (Magyar Táplálkozástudományi Társaság elnöke)
Dr. Belső László (MOTESZ, Szakmapolitikai és Finanszírozási Bizottság elnöke)
Dr. Berényi Tamás (sürgősségi betegell., oxyológia, mentés országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Borbola József (kardiológia országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Brunner Péter (ÁNTSZ Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ főigazgatója)
Dr. de Châtel Rudolf (Magyar Hypertonia Társaság elnöke)
Dr. Csiba László (Magyar Stroke Társaság elnöke)
Dózsa Csaba (EüM, Közgazdasági-Ágazatfejlesztési helyettes államtitkár)
Dr. Édes István (Magyar Kardiológusok Társasága, előző elnök)
Dr. Farsang Csaba (Magyar Hypertonia Társaság örökös tiszteletbeli elnöke)
Gábor Edina (Országos Egészségfejlesztési Intézet, főigazgató)
Dr. Hajnal Ferenc (Háziorvos Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Halmy László (Magyar Elhízástudományi Társaság elnöke)
Dr. Hermann Dóra (Országos Epidemiológiai Központ, vezető elemző)
Dr. Huszár András (EüM, Egészségpolitikai Főosztály, főosztályvezető)
Dr. Illyés Sarolta (EüM, Egészségbiztosítási és Ágazati Makroelemzési Főosztály, főosztályvezető)
Dr. Jermendy György (Magyar Diabetes Társaság elnöke)
Dr. John Anna (EüM, Népegészségügyi Főosztály, főosztályvezető)
Dr. Józán Péter (KSH, főtanácsos)
Dr. Kapócs Gábor (EüM, Egészségpolitikai helyettes államtitkár)
Dr. Karádi István (Magyar Belgyógyász Társaság főtárgya)
Dr. Kincses Gyula (Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, főigazgató)
Dr. Kishegyi Júlia (Országos Egészségfejlesztési Intézet)
Dr. Kiss István (a MOTESZ alelnöke, a Programalkotó Bizottság vezetője, a Magyar Hypertonia Társaság elnökhelyettese, nefrológia és művesekezelés országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Kollár Lajos (Magyar Angiológiai és Érsebész Társaság elnöke)
Dr. Komáromi Zoltán (háziiorvoslás országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Komoly Sámuel (Neurológiai Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Kopp Mária (Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság elnöke)

Dr. Marschalkó Izabella (EüM, Egészségbiztosítási és Ágazati Makroelemzési Főosztály)
Dr. Mezőfi Miklós (Oxyológiai-Sürgősségi, Honvéd- és Katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium tagja)
Dr. Nagy Judit (Magyar Nephrologiai Társaság örökös tiszteletbeli elnöke)
Dr. Nagy Zoltán (Agyérbetegségek Országos Központjának vezetője)
Dr. Ofner Péter (Országos Kardiológiai Intézet főigazgatója)
Dr. Pados Gyula (Magyar Elhízástudományi Társaság főtktára)
Dr. Paragh György (Magyar Atherosclerosis Társaság főtktára, belgyógyászat országos szakfelügyelő főorvosa)
Dr. Paulin Ferenc (Magyar Perinatológiai Társaság tiszteletbeli elnöke, MOTESZ elnökségi tag)
Dr. Pikó Károly (Oxyológiai-Sürgősségi, Honvéd- és Katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Préda István (Kardiológiai Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Romics László (MTA Orvostudományi Osztály elnöke, a Belgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Sonkodi Sándor (Népegészségügyi Programiroda, szív és érrendszeri betegségek alprogram vezető)
Dr. Sótornyai Péter (a MOTESZ elnöke)
Dr. Szabó István (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke)
Dr. Szalma Béla (a MOTESZ főigazgatója)
Dr. Szegedi János (Belgyógyászati Szakmai Kollégium Angiológiai Szakbizottságának elnöke, a MOTESZ alelnöke)
Dr. Szollár Lajos (Magyar Atherosclerosis Társaság elnöke)
Dr. Tímár Krisztina (EüM, Egészségpolitikai Főosztály, vezető-főtanácsos)
Dr. Tulassay Zsolt (Magyar Belgyógyász Társaság elnöke)
Dr. Túri Sándor (Magyar Nephrologiai Társaság elnöke)
Dr. Vályi Péter (EüM, Népegészségügyi Főosztály, osztályvezető)
Dr. Vécsey László (Ideg- és Elmeorvos Társaság elnöke, MOTESZ leendő elnöke)
Dr. Winkler Gábor (Magyar Diabetes Társaság leendő elnöke)
Dr. Zajkás Gábor (Magyar Táplálkozástudományi Társaság alelnöke)
Dr. Zámolyi Károly (Magyar Kardiológusok Társasága, elnök)

Kiadja az Egészségügyi Minisztérium megbízásából
a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége

Felelős kiadó:
Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter